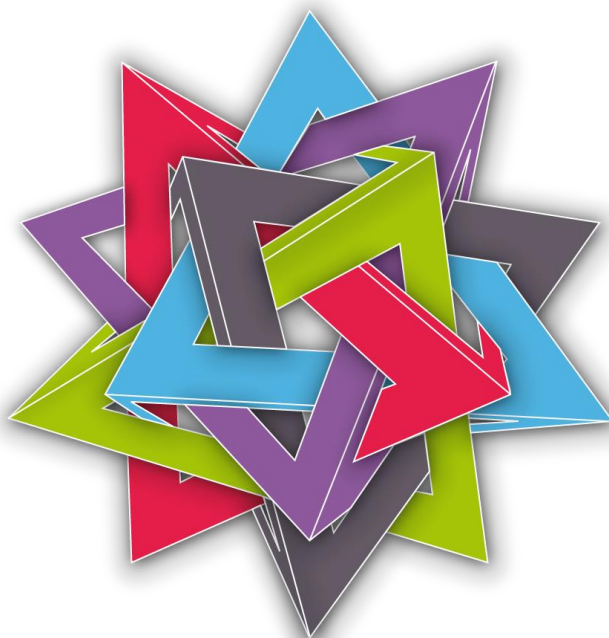


---

## TransJus Working Papers Publications

ISSN 2462-263X

Working Paper N. 6/2018



### EDICIÓN ESPECIAL:

**Retos científicos, jurídicos y sociales  
relacionados con el envejecimiento en  
Cataluña y en España**



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

---

# ÍNDICE

Prólogo.....	3
--------------	---

*Nina Gramunt Fombuena*

Los programas de intervención social en un contexto científico para la promoción del bienestar de personas con demencia y de sus cuidadores familiares.....	7
---	---

*Cristina Maragall Garrigosa*

Envejecimiento: modelos de vivienda y convivencia en el contexto demográfico actual .....	27
---	----

*María Elena Lauroba Lacasa*

Escuchar a las personas mayores como elemento clave para garantizar un envejecimiento activo .....	48
--	----

*Cristina Astier, Ander Errasti, Laia Tejada*

Políticas públicas municipales de personas mayores: gestionando el envejecimiento de las ciudades y municipios para una sociedad para todas las edades .....	71
--	----

## PRÓLOGO

El conocido envejecimiento demográfico de nuestras sociedades es un problema común en muchas áreas del mundo<sup>1</sup>. Los datos son, ciertamente, extraordinarios, en relación también a los casos español y catalán<sup>2</sup>. En este último caso, y sólo para ofrecer una cifra significativa, podemos señalar que la población de 85 o más años crecerá un 50% en el ámbito del área metropolitana de Barcelona de ahora hasta el año 2030.

Cómo la Nueva Agenda Urbana, surgida de la reunión internacional Hábitat III celebrada en Quito en otoño de 2016<sup>3</sup> y recogida en la resolución 71/256 de 23 diciembre de 2016 de Naciones Unidas (ONU), señala en su párrafo 11:

“Compartimos el ideal de una ciudad para todos, refiriéndonos a la igualdad en el uso y el disfrute de las ciudades y los asentamientos humanos y buscando promover la inclusividad y garantizar que todos los habitantes, tanto de las generaciones presentes como futuras, sin discriminación de ningún tipo, puedan crear ciudades y asentamientos humanos justos, seguros, sanos, accesibles, asequibles, resilientes y sostenibles y habitar en ellos, a fin de promover la prosperidad y la calidad de vida para todos. Hacemos notar los esfuerzos de algunos gobiernos nacionales y locales para consagrar este ideal, conocido como “el derecho a la ciudad”, en sus leyes, declaraciones políticas y cartas”<sup>4</sup>.

Cómo también señala la propia Nueva Agenda Urbana ahora mencionada en su párrafo 62:

“Nos comprometemos a hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y espaciales del envejecimiento de la población, cuando proceda, y aprovechar el factor del envejecimiento como una oportunidad para la aparición de nuevos puestos de trabajo

---

<sup>1</sup> La bibliografía es abundantísima. Se puede consultar por todos, *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Libros de la CEPAL, 2009, consultable en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/2538>.

<sup>2</sup> Como muestra este interesante gráfico dinámico: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/04/07/O-ritmo-de-envelhecimento-da-populacao-dos-paises>.

<sup>3</sup> Véase: <http://habitat3.org/>.

<sup>4</sup> El texto es consultable aquí: <http://habitat3.org/wp-content/uploads/New-Urban-Agenda-GA-Adopted-68th-Plenary-N1646660-S.pdf>.

decente y un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, al tiempo que se mejora la calidad de vida de la población urbana”.

La aprobación de la nueva agenda urbana, en un contexto paralelo urbano en que la ONU prevé que la población global urbana llegue a los 3 mil millones en los próximos 50 años, supone continuar un creciente reconocimiento del derecho a la ciudad en la esfera internacional y también nacional (en países como Francia, Brasil, Ecuador o México). En el caso catalán, el mismo incluye la necesidad de pensar el envejecimiento en el espacio urbano desde su perspectiva, muy cercana a los principios de desarrollo urbano sostenible económicamente, socialmente y ambientalmente recogidos en el art. 3 del Texto Refundido de la Ley Estatal de Suelo y Rehabilitación de 2015 o en el art. 16 de la Ley del Derecho a la Vivienda de Cataluña que en 2017 ha cumplido 10 años de vigencia.

En este sentido, cómo ha señalado la Liga de Universidades de Investigación Europeas (LERU) en un informe de diciembre de 2016 sobre interdisciplinariedad y universidades en el siglo XXI, estamos ante un problema que requiere de aproximaciones disciplinares variadas (como por ejemplo en la arquitectura, la economía, el derecho, la medicina, la sociología...) y la participación de la sociedad en la definición de las temáticas y del modo de afrontar ésta, aspectos que caracterizan la transdisciplinariedad <sup>5</sup>. De igual manera, una metodología de acción-investigación participativa parece la más adecuada para entender realmente qué quiere y necesita la gente mayor, como tuvimos ocasión de debatir en el propio Instituto de Investigación TransJus<sup>6</sup>.

Lo cierto es que la perspectiva transdisciplinar académica sobre envejecimiento ha sido hasta ahora discreta, en la misma línea que la investigación transdisciplinar en general. Investigación que un informe de la *British Academy*, por ejemplo, describe como esencial para nuestras sociedades, poniendo de relieve, sin embargo, las dificultades prácticas que los investigadores todavía han de afrontar (entre ellas, el ser considerados *poco científicos*<sup>7</sup>). Cómo ha sido dicho,

---

<sup>5</sup> LERU, *Interdisciplinarity and the 21st century research-intensive university*, Diciembre 2016, consultable aquí: [http://www.leru.org/files/publications/Interdisciplinarity\\_and\\_the\\_21st\\_century\\_research-intensive\\_university.pdf](http://www.leru.org/files/publications/Interdisciplinarity_and_the_21st_century_research-intensive_university.pdf). Entre d'altres coses, recomana la creació i potenciació d'instituts de recerca transdisciplinari.

<sup>6</sup> Véase: <http://www.ub.edu/instituttransjus/documents/Derecho%20y%20metodologías%20en%20debateCAT1.pdf>.

<sup>7</sup> BRITISH ACADEMY, *Crossing Paths. Crossing Paths: Interdisciplinary Institutions, Careers, Education and Applications*, 2016: <https://www.britac.ac.uk/interdisciplinarity>.

comentando ese informe de la *British Academy*, es palpable el *Zeitgeist* interdisciplinar<sup>8</sup>, pero todavía queda mucho por hacer.

Desde el TransJus creemos necesario aportar elementos de reflexión desde diferentes perspectivas que puedan hacer frente a un *wicked problem*, a un problema enrevesado y complejo, como lo es el del envejecimiento y sus impactos urbanos y rurales<sup>9</sup>. Todo lo expuesto justifica el lanzamiento de una nueva línea de investigación en envejecimiento por parte de TransJus en 2018 y en la que un grupo de 21 profesores de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona (juristas, de Derecho privado y público, especialistas en gestión pública, politólogos y criminólogos, especialmente) han empezado ya a reflexionar, en espera de resultados futuros en forma de actividades, proyectos de investigación y transferencia de conocimiento y publicaciones.

Por el momento, la línea de investigación ha dado lugar a una jornada celebrada en la primavera de 2018, la crónica de la cual se puede consultar en el blog del TransJus,<sup>10</sup> que derivó en una publicación de uno de los participantes<sup>11</sup>. Igualmente, ha conducido a la participación de TransJus en el 40º aniversario de la Association for Contemporary Iberian Studies, en septiembre de 2018, donde se desarrolló un panel liderado por el Instituto y titulado “Retos científicos, jurídicos y sociales relacionados con el envejecimiento en Cataluña y España”, origen del número especial que el lector o lectora tiene en sus manos. En esa línea, hay previsión de seguir las actividades, con, por ejemplo, una sesión, en colaboración con el Observatorio de Bioética en relación al envejecimiento, la vulnerabilidad y las situaciones de abuso en otoño de 2018<sup>12</sup>.

El objetivo final de esta investigación comenzada es, en definitiva, abrir la posibilidad a que esta dé en el frutos académicos de alta calidad, a tener en cuenta por los *policy makers* y por los operadores jurídicos (como por ejemplo los reguladores, en la elaboración de leyes,

---

<sup>8</sup> Véase: <https://www.thebritishacademy.ac.uk/blog/crossing-paths---british-academy-report-interdisciplinarity-uk-universities>.

<sup>9</sup> Téngase en cuenta la jornada internacional impulsada por TransJus y UN-Habitat que tuvo lugar en la facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona. Más información, aquí: [https://www.ub.edu/web/ub/es/menu\\_eines/noticies/2017/10/025.html?](https://www.ub.edu/web/ub/es/menu_eines/noticies/2017/10/025.html?) y aquí: <https://transjusblog.wordpress.com/2017/10/25/la-nueva-agenda-urbana-y-su-implementacion-hacia-una-mejor-gobernanza-urbana/>.

<sup>10</sup> Véase: <https://transjusblog.wordpress.com/2018/04/18/envelliment-ciutats-i-drets-una-questio-cabdal-per-les-nostres-societats/>.

<sup>11</sup> Véase: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/123257>.

<sup>12</sup> Véase: [http://www.ub.edu/instituttransjus/documents/10-2018\\_cartel-jornada-envelliment.pdf](http://www.ub.edu/instituttransjus/documents/10-2018_cartel-jornada-envelliment.pdf).

reglamentos o planes, también de vivienda y de urbanismo), con el fin de mejorar las políticas públicas y las normas en que éstas se plasman.

En esta línea se encuentra este número especial que tenemos la oportunidad de prologar. El mismo se abre con un trabajo de la Dra. Nina Gramunt, en el que se pone de relieve el gran incremento de las demencias en nuestras sociedades y, por tanto, el gran número de años vividos por los ancianos con dependencia, lo que es todo un reto, al que responde la Fundación Pasqual Maragall con una serie de interesantes iniciativas descritas en el estudio. A continuación, otro miembro de esa Fundación, la Sra. Cristina Maragall, desde la perspectiva de la arquitectura y el urbanismo, aborda la cuestión de la existencia de una demanda creciente de modelos de vivienda que permitan a las personas mayores vivir atendiendo a sus necesidades, reduciendo costes y simplificando los servicios, y a la vez manteniendo un cierto grado de autonomía personal, todo ello, si es posible, envejeciendo de la mejor manera posible en el hogar (*aging in place*) en comunidades que lo hagan posible (*aging friendly*). El estudio analiza algunas interesantes iniciativas españolas al respecto. El tercer análisis es realizado por la Dra. Elena Lauroba, quien expone el interesante proyecto  *europeo Ccentre: Towards citizen-centred active ageing and wellbeing*, financiado por el EIT Health, el cual nació en 2016 con el fin de contribuir a poner a la ciudadanía en el centro de los sistemas de salud, con la participación de las Universidades de Barcelona (Gisme), Newcastle, Leiden, Copenhague y Róterdam, así como la aseguradora Achmea y la asociación E-Seniors. Finalmente, pero no menos importante, los investigadores Astier, Tejada y Errasti exponen como la conexión de ese proyecto europeo con la Fundació Carles Pi i Sunyer ha dado lugar al informe “*Polítiques Municipals de gent gran. Reptes per a un model de gestió de l’envelliment actiu*”. Este informe ha permitido identificar las necesidades de gestión del envejecimiento y, a partir de las mismas, se nos explica una nueva perspectiva para hacerles frente, basada en la aplicación de la metodología de formación en narrativas al ámbito sociosanitario.

Esperamos que este volumen sea de interés y utilidad, aportando ideas y ejemplos de políticas públicas dirigidas a hacer realidad la dignidad de los mayores y sus derechos.

*Juli Ponce Solé*

Director del Instituto de Investigación TransJus de  
la Facultad de Derecho, Universidad de Barcelona

# LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN UN CONTEXTO CIENTÍFICO PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR DE PERSONAS CON DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES FAMILIARES

NINA GRAMUNT FOMBUENA

**TRANSJUS**  
*WPPublications*

Como citar:

Gramunt Fombuena, N. (2018). “Los programas de intervención social en un contexto científico para la promoción del bienestar de personas con demencia y de sus cuidadores familiares”. En *Retos científicos, jurídicos y sociales relacionados con el envejecimiento en Cataluña y en España*. TransJus Working Papers Publications - Edición Especial (N. 6/2018, pp. 7-26).

---

**SUMARIO:** 1. Proyección sociodemográfica de la demencia; 1.1. Envejecimiento poblacional; 1.2. Epidemiología de la demencia; 2. La enfermedad de Alzheimer: evolución neurobiológica y clínica; 2.1. Breve historia de la enfermedad de Alzheimer; 2.2. Evolución del deterioro cognitivo y la demencia; 3. Impacto familiar de la enfermedad de Alzheimer; 3.1. Coste asumido por las familias; 3.2. La figura del cuidador principal; 3.3. Repercusión en la calidad de vida; 3.4. La promoción del bienestar y de la calidad de vida como forma de prevención terciaria; 4. Acciones de la oficina de intervención social de la fundación Pasqual Maragall; 4.1. El programa de atención a cuidadores; 4.2. El proyecto “*LifeSoundtrack*”; 5. Conclusiones.

---

**RESUMEN:** El incremento epidemiológico de las demencias y el consecuente gran número de años vividos con dependencia es un reto de la sociedad actual. La Fundación Pasqual Maragall articula, en gran parte, su programa social en torno a ese eje y se propone ofrecer una atención de calidad a cuidadores familiares de personas con Alzheimer, a partir de la validación científica de una terapia de grupo. También pretende favorecer las relaciones intergeneracionales, acercando la realidad de las personas con demencia a los jóvenes. Como resultado, se ha establecido un programa de atención a los cuidadores y se lleva a cabo una formación online para profesionales, en una terapia validada, multiplicando así el número de beneficiarios de la misma. Por otro lado, se ha realizado el proyecto “LifeSoundtrack” para la promoción de las relaciones intergeneracionales y la sensibilización en torno a la realidad cotidiana de las personas con demencia y, a la vez, su bienestar con la música como vehículo mediador. Esta experiencia ha supuesto, además, una primera incursión de los adolescentes participantes en el desarrollo de un trabajo basado en el método científico.

**PALABRAS CLAVE:** Demencia, Alzheimer, calidad de vida, intergeneracional, cuidadores.

---

**RESUM:** L'increment epidemiològic de les demències i el consegüent gran nombre d'anys viscuts amb dependència és un repte de la societat actual. La Fundació Pasqual Maragall articula, en gran part, el seu programa social envers aquest eix i es proposa oferir una atenció de qualitat a cuidadors familiars de persones amb Alzheimer, a partir de la validació científica d'una teràpia de grup. També pretén afavorir les relacions intergeneracionals, apropant la realitat de les persones amb demència als joves. Com a resultat, s'ha establert un programa d'atenció als cuidadors i es duu a terme una formació online per a professionals, multiplicant així el nombre de beneficiaris de la mateixa. D'altra banda, s'ha dut a terme el projecte “LifeSoundtrack” per a la promoció de les relacions intergeneracionals i la sensibilització envers la realitat quotidiana de les persones amb demència i, al mateix temps, el seu benestar amb la música com a vehicle mitjancer. Aquesta experiència ha suposat, a més, una primera incursió dels adolescents participants en el desenvolupament d'un treball basat en el mètode científic.

**PARAULES CLAU:** Demència, Alzheimer, qualitat de vida, intergeneracional, cuidadors.

---

**ABSTRACT:** The epidemiologic increase of dementia and the consequent raise of the years in which people live in dependency is a challenge of our society. The Pasqual Maragall Foundation articulates its social programme around such axis and proposes to offer quality assistance to family caregivers of people affected by Alzheimer through the scientific validation of group therapy. It also aims at favouring intergenerational relations by bringing closer the reality of people affected by dementia to the youngest part of the population. Accordingly, it has established a programme of caregivers' assistance and an online training programme for professionals. Additionally, the Pasqual Maragall Foundation has set up the “LifeSoundtrack” project for promoting intergenerational relations and awareness on the daily reality of people affected by dementia and using music as a mediator of wellbeing. This experience has also meant the inclusion of teenagers in the development of a work based on a scientific method.

**KEY WORDS:** Dementia, Alzheimer, quality of life, intergenerational, caregivers.



## 1. PROYECCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA DEMENCIA

### 1.1. Envejecimiento poblacional

El aumento de la esperanza de vida, unido al declive de las tasas de fertilidad en la mayoría de países, tiene como consecuencia una creciente proporción de personas mayores en la población total. De hecho, entre 2015 y 2050 la previsión es que el número de personas mayores se incremente en un 56% en países con altos ingresos económicos, en un 185% en los de la franja de ingresos superiores, y en un 239% en los países con bajos ingresos<sup>1</sup>.

En el caso de España, y según el Instituto Nacional de Estadística (INE), a fecha 1 de enero de 2017, la cifra de personas de 65 años o más, era de 8.764.204, representando un 18.8% de la población. Un 6.1% de la población es octogenaria. El INE prevé que en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, lo que representará un 34.6% del total de la población<sup>2</sup>.

### 1.2. Epidemiología de la demencia

Los datos de prevalencia mundial de demencia disponibles en los últimos años indican, no solo unas cifras muy elevadas, sino una tendencia a la creciente progresión, ligada al envejecimiento de la población. La demencia no es una causa inevitable del hecho de envejecer, pero sí sabemos que la principal causa para padecerla es el envejecimiento. Así, en 2015 se estimó que padecían demencia unos 46,8 millones de personas en todo el mundo, previéndose que en 2030 serán unos 74,7 y, en 2050, unos 131.5 millones<sup>3</sup>. Las estimaciones de 2016 acerca de la demencia en España, apuntaron a que la padecían unas 900.000 personas (representando un 1.9% de la población)<sup>4</sup>. La principal causa de demencia es la enfermedad de Alzheimer (EA), responsable de entre un 50 y un 75% de todos los casos<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> PRINCE, M. ET AL., *World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*, London, Alzheimer's Disease International, 2015.

<sup>2</sup> ABELLÁN GARCÍA, A. ET AL., “Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos”, *Informes Envejecimiento en Red*, n. 17, 2018. Recuperado el 07/09/2018, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>.

<sup>3</sup> PRINCE, M. ET AL., *World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*, London, Alzheimer's Disease International, 2015.

<sup>4</sup> MARQUÉS, S. C., PANNELAY, A., *Impacto socioeconómico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, España*, The Economist Intelligence Unit, 2017.

<sup>5</sup> ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. (9 de Julio de 2018). Alzheimer's Disease International. The Global Voice on Dementia. Recuperado el 07/09/2018, de [www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk).

Esta tendencia epidémica global de la demencia puede verse modulada, hasta cierto punto, por el éxito de los esfuerzos continuados de mejoría de las políticas de salud pública<sup>6</sup>. La generación de mayores de 2050 serán los nacidos alrededor de los años 70 que, actualmente, están en sus 40 o 50 años de edad, un periodo particularmente sensible en el que los esfuerzos por controlar ciertos hábitos de vida y los factores de riesgo cardiovascular, pueden tener un impacto claramente positivo en la salud cerebral y el riesgo de ulterior demencia<sup>7</sup>.

## **2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: EVOLUCIÓN NEUROBIOLÓGICA Y CLÍNICA**

### **2.1. Breve historia de la Enfermedad de Alzheimer**

En 1906, el Dr. Alois Alzheimer presentó en un congreso de Psiquiatría celebrado en Alemania, el caso clínico y neuropatológico de una paciente, fallecida ese mismo año a los 56 años de edad, a la que había seguido clínicamente, desde su ingreso en 1901, en el hospital de Frankfurt en el que él trabajaba. La señora Auguste D. comenzó con ciertos síntomas, descritos por su esposo como “cambios de personalidad”, a la edad de 51 años. En el hospital se observó que presentaba ideas distorsionadas, un rápido deterioro de la memoria y una acusada alteración de la conducta psicosocial. El Dr. Alzheimer estudió anatomopatológicamente el cerebro de esta paciente y describió los rasgos histológicos hoy aun firmemente asociados a la EA: una pérdida neuronal masiva y la presencia de placas de amiloide y ovillos neurofibrilares. Unos años después, el Dr. Emil Kraepelin, superior de Alois Alzheimer, introduce en un manual de Psiquiatría el término de “Enfermedad de Alzheimer”, distinguiéndola de la históricamente conocida como demencia senil familiar. Durante casi 50 años, la EA tuvo un papel menor en la Psiquiatría y la Neurología, y fue considerada como algo extremadamente raro y confinado a personas jóvenes, mientras que la demencia senil se consideraba como una forma exagerada de envejecimiento debida a cambios arterioescleróticos cerebrales. Esta distinción entre demencia senil y presenil se mantuvo hasta los años 70. Hoy en día, los estudios clinicopatológicos han permitido aclarar

---

<sup>6</sup> PRINCE, M. ET AL., “Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia”, *Alzheimer's Research & Therapy*, vol. 8, n.1, 2016, pp. 23-36.

<sup>7</sup> CROUS-BOU, M. ET AL., “Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention”, *Alzheimer's Research & Therapy*, vol. 12, n. 9, 2017, pp. 71-79.

que la EA y la demencia senil son parte del mismo espectro patológico y el nombre de Alzheimer está vinculado a la causa más frecuente de demencia<sup>8</sup>.

## **2.2. Evolución del deterioro cognitivo y de la demencia en la enfermedad de Alzheimer**

Entre los muchos progresos sobre el conocimiento de la EA que se han realizado, uno de los más relevantes actualmente, por su particular trascendencia en el ámbito de la investigación, es el descubrimiento de una fase preclínica. Hoy en día ya es aceptado por la comunidad científica que, cuando aparecen los primeros síntomas de deterioro cognitivo, el cerebro ya hace unos 15 o 20 años que presenta cambios neuropatológicos relacionados con la EA. Por tanto, a la continuidad de la progresión clínica del deterioro cognitivo y funcional, se le suma un continuo biológico en la manifestación de la EA, lo que ha abierto nuevas y esperanzadoras perspectivas a la investigación científica<sup>9</sup>. Se tiene la hipótesis de que, detectando lo más precozmente posible los cambios cerebrales sugerentes de la presencia de la enfermedad, se pueden lograr tratamientos modificadores de su curso, algo de lo que aún no disponemos.

Esta fase preclínica es “silenciosa”, no produce síntomas perceptibles, los cuales van apareciendo sutil y progresivamente, con la manifestación clínica de la enfermedad. Aunque hay variabilidad entre las personas afectadas, sí que hay un patrón frecuente que permite definir, a grandes rasgos, su evolución. Al principio se suele manifestar con problemas de memoria, particularmente, reciente, a la que se irá sumando la afectación de otras capacidades cognitivas, a saber: lenguaje, capacidad de razonamiento, de reconocimiento, etc., y una consecuente alteración funcional que conlleva una pérdida progresiva de autonomía, añadiéndose alteraciones del estado de ánimo y de la conducta. Este devastador cuadro clínico supone, por tanto e inexorablemente, una dependencia cada vez mayor de terceras personas que, al final, será absoluta.

Las perspectivas científicas para un futuro, esperemos, no muy lejano, son prometedoras, pero, mientras la investigación avanza y da nuevos frutos, no podemos olvidarnos de quienes

---

<sup>8</sup> CIPRIANI, G. ET AL., “Alzheimer and his disease. a brief history”, *Neurological Science*, n. 32, 2011, pp. 275-279.

<sup>9</sup> JACK JR, C. R. ET AL., “NIA-AA research framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease”, *Alzheimer's & Dementia*, vol. 14, n. 4, 2018, pp. 535-562.

actualmente padecen las consecuencias de la enfermedad: pacientes, cuidadores, familias, y la sociedad en general.

### **3. IMPACTO FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

#### **3.1. Coste asumido por las familias**

Un estudio reciente sobre el impacto socioeconómico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España<sup>10</sup>, pone de manifiesto sus elevados costes y, particularmente, para las familias que cuentan con algún miembro afectado. Se calcula que los costes asociados a la demencia en España en 2016 fueron de 20.800 millones de euros, estimándose que el coste anual medio por persona con demencia es de 24.184 €. Una parte relevante del coste medio por paciente (65%) corresponde a los costes de oportunidad de los cuidadores informales, es decir, aquella pérdida de productividad e ingresos derivada de la dedicación de horas de atención exclusiva a la persona con demencia. El pago de los costes de la asistencia social profesional supone un 13%, mientras que los costes médicos y sanitarios directos representan el 22%. Combinando lo atribuible a carga privada de gasto asistencial formal con los costes informales indirectos, la proporción estimada de gasto total por paciente asumido por las familias es del 71%.

#### **3.2. La figura del cuidador principal**

Cualquier persona en situación de dependencia requiere, por definición, de la asistencia de otros para la realización de actividades cotidianas. La familia de la persona dependiente suele ser quien se hace cargo de cubrir esas necesidades pero, normalmente, y así sucede en la mayoría de casos de personas con enfermedad de Alzheimer, suele haber un miembro de la familia (no vinculado a un servicio profesionalizado) que asume la mayor parte o la totalidad de la atención que ésta requiere. Hablamos del “cuidador principal”.

En el caso de la atención informal de las personas mayores dependientes, las tareas del cuidado recaen, mayoritariamente (en un 84% de los casos), sobre las mujeres. El perfil predominante de la figura del cuidador principal es el de una mujer de mediana edad, en torno

---

<sup>10</sup> MARQUÉS, S. C., PANNELAY, A., *Impacto socioeconómico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, España*, The Economist Intelligence Unit, 2017.

a los 53 años, normalmente casada, cuya relación de parentesco con la persona cuidada es de hija (50%) o esposa o compañera (12%). Aunque se ha observado que las diferencias de género relacionadas con el tipo de tareas relativas al cuidado son menores de las esperadas, sí se encuentran diferencias expresadas, principalmente y en detrimento de las mujeres, en el apoyo social disponible y en la autopercepción de la propia situación relativa al cuidado lo que, junto a otras variables, influye en el proceso generador de estrés, en el estado general de salud y en la calidad de vida<sup>11</sup>.

Sea como fuere, la persona que se ve abocada a asumir el rol de cuidador principal asume una elevada responsabilidad que se traduce en una carga subjetiva: una percepción, a menudo desbordante, caracterizada por desconcierto, sensación de estar atrapado, resentimiento, sentimiento de exclusión... valorada, a menudo, como superior a las habilidades y recursos de que se dispone para hacerle frente, dando lugar al “síndrome de sobrecarga del cuidador” (a veces referido como el del “cuidador quemado”). Se refleja en un estado de agotamiento emocional y cansancio y se acompaña de poca disponibilidad de tiempo personal, con la consecuente sensación de falta de libertad y el abandono de relaciones sociales. Otros sentimientos que alimentan este síndrome son: la impotencia, la sensación de abandono o desentendimiento por parte de otros familiares, la sensación de aislamiento y el sentimiento de culpabilidad por creer que su familiar podría o merecería estar mejor cuidado. Son frecuentes también las repercusiones en la salud física y psicológica. Los cuidadores a menudo refieren dolor de espalda y musculares, cefaleas, alteraciones del sueño, apatía, irritabilidad, estado de ánimo ansioso y/o deprimido y estrés crónico. Consecuentemente, se pueden afectar distintos sistemas fisiológicos (respiratorio, gastrointestinal, musculoesquelético, cardiovascular, inmunológico...), deteriorando la salud global del cuidador<sup>12</sup>.

Esta dedicación en práctica exclusividad a una persona con Alzheimer llevó a considerar a su cuidador principal como un “paciente oculto”<sup>13</sup>. Afortunadamente, cada vez hay mayor

---

<sup>11</sup> CRESPO LÓPEZ, M., LÓPEZ MARTÍNEZ, J., “Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores”, *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias.*, P. S. Ministerio de Educación, 2008, pp. 1-32.

<sup>12</sup> RUIZ-ROBLEDILLO, N., MOYA-ALBIOL, L., “El cuidado informal: una visión actual”, *Revista de motivación y emoción*, n. 1, 2012, pp. 22-30.

<sup>13</sup> FLÓREZ, L., FLÓREZ, V., “Familia y enfermedad de Alzheimer. Nuevos horizontes de convivencia”, *Medicina integral*, vol. 41, 2013, pp. 178-182.

conocimiento y reconocimiento de las dificultades por las que atraviesan los familiares que cuidan a personas mayores dependientes, pero sigue siendo necesario indagar más en las implicaciones familiares, sociales, económicas, o psicológicas (entre otras) en el marco de los cuidados informales en los hogares, así como en el desarrollo de estrategias dirigidas a paliar los efectos que se derivan de ello<sup>14</sup>.

### 3.3. Repercusión en la calidad de vida

La definición de calidad de vida, en sí misma, es controvertida, puesto que es un constructo altamente subjetivo y, por tanto, sujeto a mucha variabilidad interpersonal. Aunque existen múltiples cuestionarios y escalas para medirla, dado lo anterior, es claro que siempre será una estimación. Esta medición se hace particularmente compleja cuando se pretende realizar en personas que padecen deterioro cognitivo, como es el caso de la demencia, puesto que evaluar la calidad de vida, así como otros constructos referidos a uno mismo, requiere de una capacidad de introspección, claramente afectada en la EA. Esto, probablemente, subyace a la habitual falta de acuerdo en la percepción de su calidad de vida entre las personas afectadas por la enfermedad y la que de la misma tienen sus cuidadores, quienes suelen valorarla peor<sup>15</sup>.

Ahora bien, lo que es incuestionable es que el diagnóstico de EA en una persona impacta en su calidad de vida y en la de las personas próximas a ellas, particularmente, en la de su cuidador principal. Son diversos los estudios que han puesto su foco en la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con demencia. En una reciente revisión sistemática del tema<sup>16</sup> se exponen los factores principalmente asociados con la calidad de vida del cuidador, destacando particularmente los que se detallan a continuación. Mostrando una asociación negativa con la calidad de vida del cuidador se encuentran, básicamente: presentar ansiedad o depresión y experimentar sobrecarga o altos niveles de estrés. En cambio, con una asociación positiva, destacan: la proximidad emocional con la persona enferma, los años de duración de

<sup>14</sup> CRESPO LÓPEZ, M., LÓPEZ MARTÍNEZ, J., “Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores”, *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias.*, P. S. Ministerio de Educación, 2008, pp. 1-32.

<sup>15</sup> BOSBOOM, P. R. ET AL., “Quality of life in Alzheimer's disease: different factors associated with complementary ratings by patients and family carers”, *International Psychogeriatrics*, vol. 24, n. 3, 2012, pp. 708-721.

<sup>16</sup> FARINA, N. ET AL., “Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: a systematic review”, *Alzheimer's & Dementia*, vol. 13, 2017, pp. 572-581.

la enfermedad, la calidad de vida de la persona con demencia, la salud mental y física del cuidador, la calidad del sueño, el dotar de significado al acto de cuidar, el sentido de coherencia, los ingresos económicos, el disponer de independencia y tiempo para uno mismo, la autoeficacia, y las estrategias de afrontamiento.

La calidad de vida de la persona que padece demencia está mediatizada, además de por su salud física, por la calidad de cuidados y atenciones que recibe, así como por sus oportunidades de relación, de expresión y de satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales. Las aproximaciones no farmacológicas pueden resultar, cuanto menos, tan efectivas como las terapias farmacológicas, puesto que favorecen la estimulación de las capacidades preservadas y facilitan la integración y maximizan la adaptación de la persona en su entorno.

### **3.4. La promoción del bienestar y de la calidad de vida como forma de prevención terciaria**

La concepción de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades debe abordarse atendiendo a todo el espectro continuo de la salud a la enfermedad. Aludiendo a la Organización Mundial de la Salud, se considera que la prevención de la enfermedad abarca todas aquellas medidas destinadas, no solo a prevenir la aparición de la enfermedad (nivel de prevención primaria), sino también a detener o retardar su avance cuando ya está biológicamente presente y sus potenciales efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado (nivel de prevención secundaria), y a atenuar sus consecuencias una vez ya clínicamente establecida (nivel de prevención terciaria)<sup>17</sup> Contemplando el caso de las demencias a la luz de esta concepción, es claro que las actuaciones para la promoción de la salud y la prevención deben realizarse también a distintos niveles. En 2011, el pleno del Parlamento Europeo aprueba por amplia mayoría una iniciativa que aborda esta problemática desde una perspectiva global<sup>18</sup>. Esta iniciativa consta de 66 artículos, de los cuales se destacan

<sup>17</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Promoción de la salud”, *Glosario*, 1998.

<sup>18</sup> PARLAMENTO EUROPEO, Iniciativa europea acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010/2084 (INI), 19 de Enero de 2011.

algunos a continuación al hilo del contexto pertinente al tema que se aborda en el presente documento:

Artículo 24 – Pide a los Estados miembros que desarrollen políticas y planes de acción a largo plazo en el ámbito de la atención y la prevención para anticiparse a las tendencias sociales y demográficas y prevenirlas, y que se centren en el apoyo prestado a las familias de los pacientes a los que atienden, facilitando así la protección social de las personas vulnerables que padecen demencia.

Artículo 34 – Subraya que la investigación sobre la economía sanitaria, las ciencias sociales y las humanidades, así como los enfoques no farmacológicos, también son necesarios para entender los aspectos psicológicos y sociales de la demencia.

Artículo 41 – Reconoce la contribución vital de las familias, los cuidadores y las comunidades a la hora de permitir que los enfermos desarrollen su potencial, y pide a los Estados miembros que respalden a esos tres grupos.

Artículo 51 – Pide a los Estados miembros que desarrollen infraestructuras de descanso variadas, innovadoras y de calidad para los cuidadores, como centros de alojamiento y acogida temporal, y que garanticen un seguimiento de la salud de estos, ofreciéndoles por ejemplo una atención médica adecuada y un apoyo psicológico o social.

Artículo 54 – Insta a los Estados miembros a que conciencien en mayor medida sobre la demencia a los profesionales sanitarios cualificados y semicualificados, a los responsables de la política de atención sanitaria y a los medios de comunicación con vistas a lograr un mejor reconocimiento de los síntomas del alzhéimer y una mayor comprensión de esta enfermedad y de los cuidados que requiere; señala que esta concienciación debe centrarse en diferentes elementos, como el diagnóstico, el tratamiento y un apoyo adecuado.

Artículo 57 – Alienta a los Estados miembros a que lleven a cabo campañas de información para el público en general y para grupos específicos, como escolares, profesionales de la salud y trabajadores sociales, y a que comparen e intercambien experiencias sobre las medidas de apoyo a los familiares que atienden a enfermos, a las asociaciones de pacientes y a las organizaciones no gubernamentales, promoviendo la publicación y distribución de folletos informativos, también en línea, sobre la formación y organización de trabajadores voluntarios y de asistentes en los ámbitos jurídico, psicológico y sanitario, tanto en el domicilio del enfermo como en centros de día, y fomentando y creando asociaciones de enfermos de



Alzheimer, con objeto de que todas las partes interesadas puedan intercambiar experiencias; subraya la importancia, en todas las campañas educativas y de sensibilización, de que se enseñe a reconocer los síntomas de demencia.

Es, pues, en el contexto de la prevención terciaria, y atendiendo a los requerimientos recogidos en la iniciativa europea, que la Fundación Pasqual Maragall aboga por la promoción del bienestar y la calidad de vida de personas afectadas de demencia y de sus familias, particularmente, de sus cuidadores principales. Con este abordaje, completa el amplio abanico de dedicación a la investigación en la enfermedad de Alzheimer, marco en el que cuenta con un programa puntero dedicado a la detección precoz y la prevención de la enfermedad (abordando los niveles de prevención primaria y secundaria), y que se desarrolla desde su propio centro de investigación: el *BarcelonaBeta Brain Research Center*. Desde la Oficina de Intervención Social se impulsan y ejecutan acciones que se insieren en la prevención terciaria y que están dirigidas a disminuir el impacto de los efectos en aquellos casos en los que la enfermedad ya está establecida. Las acciones que se explican a continuación tienen también la pretensión de sensibilizar a la sociedad sobre la realidad de las personas que conviven diariamente con la demencia, sea desde la vivencia en primera persona de la enfermedad como desde la experiencia de ser cuidador de un ser querido afectado por ella.

#### **4. ACCIONES DE LA OFICINA DE INTERVENCIÓN SOCIAL DE LA FUNDACIÓN PASQUAL MARAGALL**

##### **4.1. El programa de atención a cuidadores**

La necesidad de una atención específica dirigida a cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer es conocida desde hace décadas y, no en vano, se han llevado a cabo múltiples programas e intervenciones dirigidos a promover su bienestar y disminuir su sobrecarga: psicoeducativos, grupos de ayuda mutua o de acompañamiento, atención individualizada o terapias dirigidas por profesionales sanitarios, entre otros. La eficacia de

unos y otros ha sido objeto de múltiples estudios, aunque los resultados son heterogéneos y las dificultades metodológicas son patentes<sup>19</sup>.

Las premisas teóricas de la terapia cognitivo-conductual de la depresión<sup>20</sup> confieren un marco conceptualmente basado en las técnicas de reestructuración cognitiva. Estas estrategias son particularmente apropiadas para desarrollar intervenciones dirigidas a acompañar a los cuidadores familiares de personas con demencia en el proceso de aceptación y afrontamiento de las vivencias y situaciones cotidianas, así como a favorecer la integración de su rol de proveedores de cuidados en su identidad personal, reconduciendo la atención hacia ellos mismos. Si estas intervenciones se realizan en grupo, además de poder llegar a más potenciales beneficiarios, se sumarán las ventajas de la promoción de la socialización, del enriquecimiento de diferentes perspectivas y experiencias, o del sentimiento de utilidad cuando uno mismo actúa de fuente de orientación para otros.

Tomando todo lo anterior en consideración, desde la Fundación Pasqual Maragall se llevó a cabo un estudio científico (estudio CuiDem) acerca de la eficacia en distintos indicadores emocionales y de bienestar de una psicoterapia de grupo de tipo cognitivo-conductual, especialmente diseñada para ayudar a cuidadores familiares de personas con Alzheimer que, previamente, se había probado en un estudio piloto (estudio EmoCuida). Esta psicoterapia grupal se comparó con una actividad de acompañamiento, también grupal, pero no profesionalizada (no liderada por un profesional especializado). En el estudio fueron incluidos 221 cuidadores familiares de personas con Alzheimer y asignados a uno de los tres brazos de intervención: terapia de grupo (16 sesiones semanales), terapia de grupo con seguimiento (añadiendo 11 sesiones mensuales), o grupo de acompañamiento (12 sesiones semanales). Las sesiones de terapia de grupo consistieron en el abordaje predefinido de distintos temas (uno por sesión) orientados a tratar una diversidad de aspectos pensados para la promoción del bienestar de los cuidadores e, indirectamente, de sus seres queridos con Alzheimer, entre

---

<sup>19</sup> Véase: AMADOR-MARÍN, B., GUERRA-MARTÍN, M. D., “Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 3, n. 2, 2017, pp. 154-160.; GAUGLER, J. E. ET AL., “Consistency of dementia caregiver intervention classification. An evidence-based synthesis”, *International Psychogeriatrics*, vol. 29, n. 1, 2018, pp. 19-30; PIERSOL, C. V. ET AL., “Effectiveness of interventions for caregivers of people with Alzheimer's Disease and related major neurocognitive disorders: a systematic review”, *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 5, n. 71, 2017.

<sup>20</sup> BECK, A. T. ET AL., *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2012.

ellos: conocimiento de la enfermedad, aceptación del diagnóstico, mejorar la comunicación con la persona con Alzheimer, fomento de la resiliencia, tratar el tema del Alzheimer con los más jóvenes de la familia, la importancia de cuidarse uno mismo, cómo pedir ayuda..., además de aprender a realizar ejercicios de relajación y promover la integración de los mismos en su vida cotidiana.

Los detalles metodológicos y de resultados de este estudio están en proceso de redacción para su publicación. A grandes rasgos, se observó que, siendo beneficiosa para los cuidadores la participación en cualquier actividad grupal de ayuda, los efectos derivados de la psicoterapia de grupo fueron superiores (particularmente cuando se realizaron sesiones de seguimiento) en distintas variables, a saber: estado de ánimo (síntomatología ansiosa y depresiva), resiliencia, apoyo social funcional percibido y calidad de vida. Además, los cuestionarios administrados a los participantes en relación con su percepción de todo el proceso de la intervención evidenciaron una alta satisfacción, particularmente con la psicoterapia de grupo, y reflejada muy positivamente en aspectos como: las bondades de la pertenencia a un grupo; la percepción de mejoría de sus habilidades comunicativas; el incremento del conocimiento acerca de la enfermedad; mayores habilidades de cuidado; la accesibilidad a los recursos comunitarios, y los beneficios percibidos en el propio bienestar general.

A la luz de la positividad de estos resultados, y dada la necesidad evidente, como anteriormente se ha expuesto, de dotar de recursos personales a los cuidadores no profesionales de personas con EA para favorecer su bienestar y calidad de vida y, secundariamente, el de los receptores de sus atenciones, se empezaron a ofrecer de forma asistencial los grupos terapéuticos objeto de los estudios previos. Gracias a las ayudas de financiación obtenidas y diversas colaboraciones institucionales se ha podido gestionar una extensión territorial a distintos puntos de la geografía española. Hasta julio de 2018 se han realizado ya 52 grupos terapéuticos en 29 centros, habiéndose beneficiado de ellos 527 cuidadores.

El siguiente planteamiento fue procurar que esta terapia de grupo, estructurada y validada científicamente, llegara a un gran número de psicólogos dedicados al abordaje de las demencias y su problemática en la aplicación de esta terapia, y a otros profesionales afines para que también puedan integrar aprendizajes derivados del conocimiento de la misma en su práctica cotidiana. Con ese objetivo, y con el impulso y financiación de la Fundación Bancaria “la Caixa”, se diseñó y lanzó un curso de extensión universitaria, acreditado por el

Instituto de Formación Continua IL3 de la *Universitat de Barcelona*. Es un curso autoformativo a través de una plataforma *on-line* y que está compuesto por un material específico, un manual<sup>21</sup>, diseñado y elaborado para la formación, que se complementa con unos cuestionarios autoevaluativos programados en el espacio del aula virtual. La formación incluye también una sesión presencial final, en la que los participantes realizan un cuestionario final de evaluación y participan activamente en la sesión, en la que se profundiza en aspectos específicos tratados en el manual. La superación del curso, conforme a los criterios de evaluación definidos, permite la obtención de un Certificado de Extensión Universitaria (3 ECTS). La primera edición del curso, finalizada en Julio del presente año, ha contado con la participación de 96 profesionales.

#### **4.2. El proyecto “LifeSoundtrack”**

Además de las fuentes de financiación, uno de los aspectos que, indudablemente, contribuye de forma sustancial al avance de la investigación y de las inversiones para mejorar cuanto sea posible la atención de quienes se ven afectados por una enfermedad, es la sensibilización de la sociedad al respecto de dicha condición. Una forma de hacer lo más extensiva posible esta sensibilización acerca del Alzheimer es implicar en las actuaciones a diversas generaciones puesto que, las cifras actuales y predictivas de prevalencia de la enfermedad y la esperanza de vida estimada de las personas diagnosticadas la convierten en algo que impacta en un número considerable de familias y cuyas repercusiones alcanzan, de una u otra forma, a todos sus miembros, incluidos los más jóvenes. Es importante evitar que estas generaciones conciban la demencia como una parte normal del envejecimiento, por la que no se puede hacer nada. Por otro lado, las personas que padecen demencia, fruto de su deterioro cognitivo, tienden al retraimiento social y al aislamiento, lo que resulta en (o bien, es a consecuencia de) una progresiva apatía, algo que redundará en una disminución de la conexión emocional con su entorno.

Hay formas atractivas, a la vez que espectaculares, para activar las emociones de las personas con demencia. Así nos lo muestra una experiencia previa sobre el efecto de la música en estas

---

<sup>21</sup> GRAMUNT FOMBUENA, N., POUDEVIDA JÜRSCHIK, S., *Conducción de grupos terapéuticos y asesoramiento a cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer*, Barcelona, Fundación Bancaria "la Caixa", 2018.

personas: el proyecto *Alive Inside*<sup>22</sup>, que culminó con una película documental, ganadora del premio *Sundance Film Festival Audience Award for U.S. Documentary*. Este trabajo muestra de una forma muy gráfica e impactante el efecto que la música tiene para “reconectar” a las personas con demencia con sus emociones y con su entorno, promoviendo en ellas la actividad y la interacción.

El poder de la música para desbloquear recuerdos o, al menos, las emociones vinculadas a ellos en personas con demencia no es un descubrimiento nuevo, así como su reflejo en funciones cognitivo-conductuales, como queda patente en una reciente revisión al respecto<sup>23</sup>. Sin embargo, la validación científica de algo que, a simple vista parece evidente, no es empresa sencilla. No obstante, recientemente, un estudio puntero publicado en la revista *Brain*<sup>24</sup>, ha conseguido, mediante el empleo de técnicas de neuroimagen funcional, arrojar luz sobre por qué las memorias musicales parecen sobrevivir a las calamidades neurobiológicas de la demencia. Estos investigadores diseñaron un estudio en el que examinaron, mediante resonancia magnética (RM) funcional, distintas áreas cerebrales que identificaron durante una tarea de memoria musical en el cerebro de adultos jóvenes sanos. Estas mismas áreas fueron evaluadas mediante un análisis de región de interés en un grupo de pacientes con EA y en el de personas mayores sanas, empleando distintas técnicas estándar de neuroimagen: estructural (RM), metabólica (Tomografía por Emisión de Positrones, PET-fluorodeoxyglucosa) y de ligando de amiloide (PET-florbetapir). Las áreas clave implicadas en la memoria musical en los adultos jóvenes se encontraron relativamente menos afectadas por la EA que otras áreas del córtex cerebral. Estos hallazgos tienen un alto potencial explicativo de muchas de las reacciones que se observan en personas con demencia, incluso avanzada, cuando escuchan música personalmente significativa, es decir, vinculada a recuerdos.

Ligando todo lo previamente expuesto con la firme creencia de que la necesidad de concienciación y sensibilización intergeneracional acerca de la demencia es fundamental para promover los avances en investigación y en la calidad de atención, desde la Fundación

<sup>22</sup> ROSSATO-BENNETT, M. (2014). *Alive Inside* [Película]. Recuperado el 07/09/2018, de [www.aliveinside.us](http://www.aliveinside.us).

<sup>23</sup> ZHANG, Y. ET AL., “Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis”, *Ageing Research Reviews*, vol. 35, 2017, pp. 1-11.

<sup>24</sup> JACOBSEN, J.-H. ET AL., “Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease”, *Brain*, vol. 138, n. 8, 2015, pp. 2438-2450.

Pasqual Maragall se impulsó un nuevo proyecto: “*LifeSoundtrack*”<sup>25</sup>. Su puesta en marcha se hizo efectiva a partir del interés mostrado por un grupo de estudiantes de primero de Bachillerato en acercarse y profundizar en el conocimiento acerca de la enfermedad de Alzheimer, además de su deseo de poder ayudar a las personas afectadas.

Este proyecto constituye una iniciativa dirigida a promover el bienestar en personas con demencia, empleando la música emocionalmente vinculada a ellas (i.e, su banda sonora vital personalizada) como hilo conductor y siendo la actuación de los adolescentes el vehículo mediador para hacérsela llegar. La banda sonora vital personalizada de cada persona con demencia se obtuvo mediante el uso de una novedosa tecnología de recomendación musical diseñada por el Grupo de Tecnología Musical de la *Universitat Pompeu Fabra* de Barcelona. Esta tecnología, en línea con perspectivas en las que el *big data* musical se erige como prometedor en futuras modalidades de tratamiento en el ámbito de la salud<sup>26</sup>, se basa en la recolección de información personal mediante un cuestionario y el uso de la misma para generar una lista musical vinculada a épocas o momentos vitales significativos y a las preferencias musicales de los pacientes. Los adolescentes participantes fueron un grupo de alumnos de la *Escola Mare de Déu de la Salut*, de Sabadell (Barcelona) quienes realizaron su trabajo de investigación de Bachillerato en el contexto de este proyecto. Éstos desarrollaron un vínculo emocional con los pacientes, a quienes visitaron regularmente en el centro de día AVAN, de Sabadell, del que eran usuarios. Los chicos y chicas recogieron información biográfica relevante de los pacientes y sus gustos musicales para la confección de sus bandas sonoras. Además, las escucharon, cantaron y bailaron juntos, además de reír y llorar.

Los adolescentes realizaron campañas de sensibilización en su escuela, haciendo partícipes a sus padres y a la comunidad educativa de esta experiencia. Dos de las estudiantes enfocaron su participación y su trabajo desde la perspectiva de la comunicación, realizando algunas incursiones en medios de comunicación, contribuyendo a divulgar el proyecto.

---

<sup>25</sup> FUNDACIÓN PASQUAL MARAGALL. (2018). *LifeSoundtrack*. La música de tu vida. Recuperado el 10/09/2018, de <https://fpmaragall.org/noticias/alumnos-de-secundaria-evaluan-los-beneficios-de-la-musica-en-personas-con-alzheimer>.

<sup>26</sup> GREENBERG, D. M., RENTFROW, P. J., “Music and big data: a new frontier”, *Current Opinion in Behavioral Sciences*, vol. 18, 2018, pp. 50-56.

Esta actividad intergeneracional produjo efectos beneficiosos en la esfera emocional y el bienestar general de las personas con demencia, como documentaron los estudiantes en sus trabajos de investigación. También ellos mismos explicaron las emociones, concienciación y sentimiento de utilidad que esta experiencia había despertado en ellos. Los familiares y cuidadores de las personas con demencia implicadas en el proyecto lo valoraron muy positivamente, expresando su gratitud por ver cómo sus seres queridos parecían haber vuelto a “conectar con la vida” y se mostraban felices, percibiendo netamente en ellos un bienestar emocional.

Esta experiencia ha sido una iniciativa muy positiva para sensibilizar y emocionar (en el sentido estricto de producir emociones) a la sociedad, como seguramente cualquiera puede comprobar viendo las producciones audiovisuales que han resultado y formado parte de este proyecto. Por un lado, se ha producido un vídeo promovido por la propia Fundación Pasqual Maragall: “LifeSoundtrack. La música de tu vida” y, por otro, un reportaje emitido en el programa *Sense Ficció*, de la cadena autonómica de televisión TV3, el 8 de mayo de 2018, titulado “La música es vida”<sup>27</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

El actual conocimiento de la existencia de una fase preclínica en la enfermedad de Alzheimer ha abierto nuevas y esperanzadoras perspectivas de investigación primaria y secundaria. No obstante, es necesario ser conscientes de que los esperados resultados positivos que permitan modificar el curso neurobiológico de la enfermedad, contribuyendo así a la ansiada disminución de su prevalencia, pueden tardar aún un número indeterminado de años en ver la luz. Mientras, es imprescindible continuar dedicando esfuerzos para mejorar la atención a quienes ya padecen los devastadores efectos de la expresión clínica de la EA: pacientes, cuidadores, familias y, de algún modo, el conjunto de la sociedad, a la cual hay que concienciar y sensibilizar aún más por la inevitable necesidad de la implicación de todos en estos progresos.

---

<sup>27</sup> TELEVISIÓ DE CATALUNYA. (2018). La música és vida. Recuperado el 10/09/2018, de <http://www.ccma.cat/tv3/alcanta/sense-ficcio/la-musica-es-vida/video/5764574/>.

Es innegable que existe cierta reciprocidad de bienestar y calidad de vida en la díada formada por cada persona con Alzheimer y su cuidador familiar. Por eso, las intervenciones dirigidas a favorecer el estado emocional y físico de cualquiera de las partes, suelen redundar en beneficio de ambas y, globalmente, en su entorno más próximo. Así, cualquier intervención dirigida a promover el bienestar, sea de las personas que padecen EA, sea de los que se responsabilizan de la atención que precisan, será una actuación potencialmente útil de prevención terciaria, puesto que su objetivo último es disminuir el impacto producido por la enfermedad cuando ya se ha manifestado plenamente.

Los programas de intervención en este ámbito, impulsados desde la Oficina de Intervención Social de la Fundación Pasqual Maragall, suponen un avance en la promoción del bienestar en personas diagnosticadas de demencia y en sus familiares, particularmente en los cuidadores principales. El programa de atención a los cuidadores está basado en un estudio científico cuyo diseño ha permitido su validación.

El proyecto *LifeSoundtrack* tiene que ser considerado, a efectos de validación científica, como un estudio piloto. Lo novedoso de la experiencia ha llevado a priorizar el impacto en el aprendizaje de los estudiantes, a la par que su concienciación sobre la realidad de las personas con demencia. No menos significativo es el secundario efecto expansivo de tal concienciación y sensibilización, tanto en las familias y miembros de la comunidad educativa de los adolescentes implicados en el proyecto, como de toda la sociedad, conseguido a partir de los documentos audiovisuales resultantes y su forma de difusión.

Son claramente necesarios más estudios que corroboren (en el caso del programa de cuidadores) los resultados obtenidos y permitan evaluar y proponer opciones de mejora. Por otro lado, en el caso de *LifeSoundtrack*, se precisa la elaboración de un estudio más amplio y detallado que permita llegar a conclusiones que, potencialmente, habiliten la posibilidad de diseñar nuevas intervenciones protocolizadas que hagan posible un efecto multiplicador de su implementación y alcanzar así al máximo número de beneficiarios posible, atendiendo a la cuestión intergeneracional y fomentándola.



## REFERENCIAS

ABELLÁN GARCÍA, A. ET AL., “Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos”, *Informes Envejecimiento en Red*, n. 17, 2018. Recuperado el 07/09/2018, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. (09/07/2018). Alzheimer's Disease International. The Global Voice on Dementia. Recuperado el 07/09/2018, de [www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk).

AMADOR-MARÍN, B., GUERRA-MARTÍN, M. D., “Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 3, n. 2, 2017, pp. 154-160.

BECK, A. T. ET AL., *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2012.

BOSBOOM, P. R. ET AL., “Quality of life in Alzheimer's disease: different factors associated with complementary ratings by patients and family carers”, *International Psychogeriatrics*, vol. 24, n. 3, 2012, pp. 708-721.

CIPRIANI, G. ET AL., “Alzheimer and his disease. a brief history”, *Neurological Science*, n. 32, 2011, pp. 275-279.

CRESPO LÓPEZ, M., LÓPEZ MARTÍNEZ, J., “Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores”, *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias.*, P. S. Ministerio de Educación, 2008, pp. 1-32.

CROUS-BOU, M. ET AL., “Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention”, *Alzheimer's Research & Therapy*, vol. 12, n. 9, 2017, pp. 71-79.

FARINA, N. ET AL., “Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: a systematic review”, *Alzheimer's & Dementia*, vol. 13, 2017, pp. 572-581.

FLÓREZ, L., FLÓREZ, V., “Familia y enfermedad de Alzheimer. Nuevos horizontes de convivencia”, *Medicina integral*, vol. 41, 2013, pp. 178-182.

FUNDACIÓN PASQUAL MARAGALL. (2018). LifeSoundtrack. La música de tu vida. Recuperado el 10/09/2018, de <https://fpmaragall.org/noticias/alumnos-de-secundaria-evaluan-los-beneficios-de-la-musica-en-personas-con-alzheimer>.

GAUGLER, J. E. ET AL., “Consistency of dementia caregiver intervention classification. An evidence-based synthesis”, *International Psychogeriatrics*, vol. 29, n. 1, 2018, pp. 19-30.

GRAMUNT FOMBUENA, N., POUDEVIDA JÜRSCHIK, S., *Conducción de grupos terapéuticos y asesoramiento a cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer*, Barcelona, Fundación Bancaria "la Caixa", 2018.

GREENBERG, D. M., RENTFROW, P. J., "Music and big data: a new frontier", *Current Opinion in Behavioral Sciences*, vol. 18, 2018, pp. 50-56.

JACK JR, C. R. ET AL., "NIA-AA research framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease", *Alzheimer's & Dementia*, vol. 14, num. 4, 2018, pp. 535-562.

JACOBSEN, J.-H. ET AL., "Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease", *Brain*, vol. 138, n. 8, 2015, pp. 2438-2450.

MARQUÉS, S. C., Y PANNELAY, A., *Impacto socioeconómico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, España*, The Economist Intelligence Unit, 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "Promoción de la salud", *Glosario*, 1998.

PARLAMENTO EUROPEO, Iniciativa europea acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010/2084 (INI), 19 de Enero de 2011.

PIERSOL, C. V. ET AL., "Effectiveness of interventions for caregivers of people with Alzheimer's Disease and related major neurocognitive disorders: a systematic review", *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 5, n. 1, 2017.

PRINCE, M. ET AL., "Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia", *Alzheimer's Research & Therapy*, vol. 8, n. 1, 2016, pp. 23-36.

PRINCE, M. ET AL., *World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*, London, Alzheimer's Disease International, 2015.

ROSSATO-BENNETT, M. (2014). *Alive Inside* [Película]. Recuperado el 7/9/2018, de [www.aliveinside.us](http://www.aliveinside.us).

RUIZ-ROBLEDILLO, N., Y MOYA-ALBIOL, L., "El cuidado informal: una visión actual", *Revista de motivación y emoción*, n. 1, 2012, pp. 22-30.

TELEVISIÓ DE CATALUNYA. (2018). *La música és vida*. Recuperado el 10/09/2018, de <http://www.ccma.cat/tv3/alacarta/sense-ficcio/la-musica-es-vida/video/5764574/>.

ZHANG, Y. ET AL., "Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis", *Ageing Research Reviews*, vol. 35, 2017, pp. 1-11.

## ENVEJECIMIENTO: MODELOS DE VIVIENDA Y CONVIVENCIA EN EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO ACTUAL

CRISTINA MARAGALL GARRIGOSA

**TRANSJUS**  
**WPP**ublications

Como citar:

Maragall Garrigosa, C. (2018). “Envejecimiento: modelos de vivienda y convivencia en el contexto demográfico actual”. En *Retos científicos, jurídicos y sociales relacionados con el envejecimiento en Cataluña y en España*. TransJus Working Papers Publications - Edición Especial (N. 6/2018, pp. 27-47).

---

**SUMARIO:** 1. Contextualización del envejecimiento poblacional y estado actual de la vivienda; 1.1. Envejecimiento poblacional a nivel global y en el ámbito de Cataluña; 1.2. Estadística sobre la vivienda en Cataluña; 1.3. Proyección sobre la vivienda en Cataluña; 2. Futuro de la vivienda de las personas mayores; 2.1. Necesidades específicas de las personas mayores; 2.2. Cambios socioculturales en España; 2.3. Futuro del acceso a la vivienda de las personas mayores en España; 3. Tendencias globales respecto a nuevos modelos de vivienda y convivencia; 3.1. *Aging in place*; 3.2. *Age-friendly communities* AFCIs; 3.3. *Cohousing* y *Senior cohousing*; 4. Algunos ejemplos en el ámbito español; 4.1. *Superilles socials* en Barcelona; 4.2. Ciudades amigables en España; 4.3. Estudio MOVICOMA y el movimiento *cohousing* en España; 5. Conclusiones.

---

**RESUMEN:** El envejecimiento actual de la población y su proyección a los próximos 30 años, asociado al menor número de viviendas de propiedad y alquiler vitalicio, además de los cambios culturales y a las necesidades socio-sanitarias específicas de esta población, plantean la necesidad de explorar nuevos modelos de vivienda y convivencia. Tomando como marco de estudio Cataluña, se pretende analizar los datos respecto al estado de la cuestión para explorar la profundidad de la problemática. Por otro lado, se estudiarán tendencias de vivienda y convivencia a nivel global que favorezcan el bienestar de las personas en edades avanzadas, como modelos de futuro para aplicar en este contexto, y se compararán con algunos modelos en el ámbito español. Se observa que existe una demanda creciente de modelos de vivienda que permitan a las personas mayores vivir atendiendo a sus necesidades, reduciendo costes y simplificando los servicios, y a la vez manteniendo un cierto grado de autonomía personal. Por último se expondrán las conclusiones y las dificultades que actualmente impiden alcanzar esta demanda en España.

**PALABRAS CLAVE:** Envejecimiento, vivienda, *Age-friendly communities*, *Aging in place*, *Senior cohousing*.

---

**RESUM:** L'envelliment actual de la població i la seva projecció als propers 30 anys, associat al menor nombre d'habitatges de propietat i lloguer vitalici, sumat als canvis culturals i les necessitats socio sanitàries específiques d'aquesta població, plantegen la necessitat d'explorar nous models d'habitatge i convivència. Prenent com a marc d'estudi Catalunya, es pretén analitzar les dades respecte a l'estat de la qüestió per explorar la profunditat de la problemàtica. D'altra banda, s'estudiaran tendències d'habitatge i convivència a nivell global que afavoreixen el benestar de les persones en edats avançades, com a models de futur per aplicar en aquest context, i es compararan amb alguns models en l'àmbit espanyol. S'observa que hi ha una demanda creixent de models d'habitatge que permetin a la gent gran viure atenent les seves necessitats, reduint costos i simplificant els serveis, i alhora mantenint un cert grau d'autonomia personal. Finalment s'exposaran les conclusions i les dificultats que actualment impedeixen assolir aquesta demanda a Espanya.

**PARAULES CLAU:** Envelliment, habitatge, *Age-friendly communities*, *Aging in place*, *Senior cohousing*.

---

**ABSTRACT:** The current aging of the population and its projection to the next 30 years, along with the smaller amount of property households and long-term rentals, in addition to the cultural changes and the specific socio-sanitary needs of this population, demand the exploration of new housing and coexistence models. Taking Catalonia as a study framework, I analyze the data regarding this issue in order to survey its scope. On the other hand, global housing and coexistence trends that have a positive impact on the well-being of elderly people, will be studied as future models to be applied in this context, and will be compared with some models in the Spanish context. As perceived, there is a growing demand for housing models that allow elderly people to live up to their needs, reducing costs and simplifying services, while maintaining a certain degree of personal autonomy. To conclude, the obstacles that currently impede to meet this demand in Spain will be shown.

**KEY WORDS:** Aging, housing, *Age-friendly communities*, *Aging in place*, *Senior cohousing*.

## **1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y ESTADO ACTUAL DE LA VIVIENDA**

### **1.1. Envejecimiento poblacional a nivel global y en el ámbito de Cataluña**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el mundo está envejeciendo rápidamente: en el año 2050 el número de personas de 60 años de edad y más, como proporción de la población global, se habrá duplicado, de 11% en el 2006 a 22%. Para entonces, por primera vez en la historia de la humanidad, habrá más personas mayores que niños (de 0–14 años de edad) en la población. Los países en desarrollo están envejeciendo a un ritmo mucho mayor que los países desarrollados. Al mismo tiempo, el número y la proporción de habitantes en entornos urbanos seguirán creciendo, en especial en las ciudades con menos de cinco millones de habitantes. Una vez más, este crecimiento muestra un ritmo mucho mayor en las regiones en desarrollo. Para el año 2030, cerca de tres de cada cinco personas del mundo vivirá en alguna ciudad, y el número de habitantes urbanos en las regiones menos desarrolladas, será casi cuatro veces mayor que en las regiones desarrolladas<sup>1</sup>.

En Cataluña, según un estudio publicado por el Instituto de Estadística IDESCAT, la población disminuirá a corto plazo y recuperará los 8 millones en el año 2051, a la vez que la natalidad continuará reduciéndose y la esperanza de vida seguirá aumentando, acentuándose el envejecimiento de la población.

La esperanza de vida aumentará de los 79,8 años para los hombres y 85,4 para las mujeres en el 2012, a los 85,3 años y 90,2 años respectivamente en el 2051. Estas proyecciones revelan que el colectivo de las mujeres predominará en la población de mayores de 65 años, aunque esta tendencia irá moderándose.

También destacamos del estudio, que las personas mayores de 65 años representan hoy el 17,4% de la población (1304 millones de personas y 1 de cada 6 habitantes), mientras que en el año 2051 esta población llegará al 30% y doblará el número de personas. Esto será

---

<sup>1</sup> WHO KOBE CENTRE. (2005). A billion voices: listening and responding to the health needs of slum dwellers and informal settlers in new urban settings. Recuperado el 06/08/2018, de [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/urban\\_settings.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/urban_settings.pdf).

especialmente impactante si tenemos en cuenta que el índice de dependencia de esta población pasará de 26,5 en el año 2013 a 55,9 en el año 2051. El índice de dependencia (población de 65 años y más por cada 100 habitantes de 16 a 64 años) actual en Cataluña es similar a la de España y la Unión Europea<sup>2</sup>.

## 1.2. Estadística sobre la vivienda en Cataluña

Analizando los datos del *Observatori Metropolità de l'Habitatge de Barcelona* respecto a la actualidad de las viviendas en el Área metropolitana observamos las siguientes tendencias.

En los últimos 20 años (1996-2016), ha aumentado el número de personas mayores (31,5%). Una cuarta parte de estas personas de más de 65 años (25,6%) vive sola, de las cuales tres cuartas partes son mujeres.

Entre el 1991 y el 2011 ha descendido el número de hogares que tienen la vivienda totalmente pagada alrededor de un 15%. Después de 10 años de incremento en el parque de vivienda de alquiler de alrededor de un 13%, a partir del año 2011 la tendencia vuelve a registrar una tendencia a la baja del 9% hasta el año 2016. Este descenso es particularmente notable en el caso de la vivienda de alquiler indefinido que prácticamente está desapareciendo.

Según el censo de población de 2011, el 20% del total de los hogares de Cataluña lo forman personas con una edad media de más de 65 años. De estas personas, el 78,4% tienen la vivienda totalmente pagada, el 17,4% están pagando actualmente alquiler de la vivienda, y el 5,5% están pagando por la compra de la vivienda.

Estos datos serán relevantes cuando los comparemos con la proyección a 15 años, de los hogares liderados por personas que actualmente tienen entre 45 y 65 años. Es importante destacar también el papel de las familias como soporte de la crisis en los últimos años, así el importante porcentaje de viviendas de propiedad pagadas, comparada con otros países europeos y la cultura familiar ha contribuido a paliar los efectos derivados de la misma. Especialmente en el caso de los hogares con mayores de 65 años que han ayudado a superar situaciones de paro y desahucio de familiares próximos<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> GENERALITAT DE CATALUNYA – INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. (2015). *Projeccions De La Població a Catalunya 2013-2051*. Recuperado el 06/08/2018, de <https://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/pp2013-2051pr.pdf>

<sup>3</sup> TRILLA, C. (2018). *Economia, habitatge i envelliment*. Jornada TransJus *Envelliment Ciutat i Dret*. Recuperado el 08/05/201, de [https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres\\_carme-trilla.pdf](https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres_carme-trilla.pdf).

### 1.3. Proyección sobre la vivienda en Cataluña

Respecto a la proyección a unos 15 años, observamos los datos de los hogares liderados por personas que tienen hoy entre 45 y 65 años, según el mismo censo poblacional de 2011. El 23% del total de los hogares de Cataluña están liderados por personas de este grupo de edad. De estos hogares, el 60% tienen la vivienda totalmente pagada, el 35,6% están pagando actualmente alquiler de la vivienda, y el 23% están pagando por la compra de la vivienda<sup>4</sup>.

De estos datos se pueden deducir las siguientes previsiones de futuro. En el año 2030 la población mayor de 65 años representará el 23,5% de la población de Catalunya. Por otro lado, el número de hogares que seguirían pagando por la compra de su vivienda aumentaría en un 370%; y lo más preocupante, es que el grupo de personas que viven de alquiler no lo harían con alquileres vitalicios y estarían sujetas a una alta fragilidad frente a las subidas del mercado inmobiliario<sup>5</sup>.

En el estudio para la revisión del plan estratégico metropolitano de Barcelona sus autores ya apuntan las siguientes previsiones de futuro. Las futuras generaciones más formadas y con mayor número de relaciones sociales, demandarán una mayor oferta de ocio y consumo por lo cual la planificación urbanística debe orientarse a detectar y satisfacer las necesidades de este envejecimiento activo. El sobre envejecimiento de los mayores será también un reto a afrontar desde el punto de vista socio sanitario.

De esta forma “actuaciones encaminadas a posibilitar un envejecimiento activo, deben complementarse con las medidas destinadas a cubrir las necesidades de prestación de servicios y de atención a las persona cuando aparezcan las situaciones de dependencia ligadas a las limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria en las edades más avanzadas”<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> GENERALITAT DE CATALUNYA – INSTITUT D’ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. (2015). *Projeccions De La Població a Catalunya 2013-2051*. Recuperado el 06/08/2018, de <https://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/pp2013-2051pr.pdf>

<sup>5</sup> TRILLA, C. (2018). *Economia, habitatge i envelliment*. Jornada TransJus *Envelliment Ciutat i Dret*. Recuperado el 08/05/201, de [https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres\\_carme-trilla.pdf](https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres_carme-trilla.pdf).

<sup>6</sup> DOMINGO, A., BLANES, A., *Treball per a la revisió del Pla Estratègic Metropolità*, Barcelona, Centre d’Estudis Demogràfics UAB, 2014.

## 2. FUTURO DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS MAYORES

### 2.1. Necesidades específicas de las personas mayores

Conviene recordar que las necesidades de las personas mayores son en primer lugar las mismas que las de cualquier grupo de personas independientemente de su edad. Según la estructura piramidal de ABRAHAM MASLOW, estas necesidades comienzan por las fisiológicas y psíquicas básicas en la base de la pirámide, seguidas por las de seguridad, paz y orden, luego por las sociales de afecto e identificación, y finalmente, las de autoestima y autorrealización. Obviamente, la vivienda es un actor fundamental para asegurar el primer grupo de necesidades, puesto que procura sueño y calor, y facilita la alimentación, la higiene y el vestido<sup>7</sup>.

Por otro lado, también es natural que con el paso de los años, las necesidades de las personas mayores se modifiquen en cuanto al movimiento, habilidades motrices, aspectos cognitivos, aspectos emocionales, y aspectos sociales.

“Sabemos que a lo largo de la vida (...) nuestros sistemas biológicos pierden eficiencia. Es este comportamiento de los sistemas biofísicos a lo que, desde la biología, se llama envejecimiento y se expresa como una involución que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo”<sup>8</sup>.

Pero también sabemos, al margen del modelo biomédico, que hay factores psicológicos que experimentan ganancias:

“las funciones sociafectivas (como el balance entre el afecto positivo y negativo) se articulan mejor en la vejez; también se han observado ciertos cambios positivos en el funcionamiento intelectual: por ej. la llamada sabiduría, basada en el “conocimiento experto en la pragmática de la vida”<sup>9</sup>.

Desde luego, por encima de estas necesidades planea una posible dependencia de las personas mayores debido a alguna complicación sanitaria o enfermedad crónica, así como el riesgo de padecer una demencia. Actualmente en España y en los países occidentales se estima que el riesgo de padecer una demencia es de alrededor de 1 persona por cada 10 mayores de 65 años, lo que casi es un 2% de la población total.

<sup>7</sup> MASLOW, A., *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*, Barcelona, Kairós, 1976.

<sup>8</sup> FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., *La psicología de la vejez*, Madrid, Ediciones Pirámide, 2008.

<sup>9</sup> *Ibid.*



## 2.2. Cambios socioculturales

Sabemos pues, que la población está envejeciendo, que las estructuras familiares han cambiado, y que la tendencia apunta a que los hogares sean cada día más pequeños. En muchos de estos hogares, las personas mayores vivirán solas, especialmente en el caso de las mujeres. Sabemos que muchas de las personas que hoy pagan por una vivienda de propiedad no la habrán pagado todavía a la edad de jubilación, sabemos que las personas que viven de alquiler estarán sujetas a la variabilidad del mercado inmobiliario. Por otro lado, sabemos también que las personas viven y vivirán más años con salud y desean actualmente vivir la etapa final de la vida de forma distinta, de forma más autónoma y auto gestionada.

Más allá de las necesidades descritas, parece relevante destacar el cambio de paradigma respecto a la concepción de la vivienda en nuestra cultura a día de hoy. Sabemos que para nuestros padres lo normal era vivir en una misma casa toda la vida y, en cambio, no sabemos en cuantos hogares, incluso países, vivirán nuestros hijos. Hoy en día entendemos “la casa” como algo más que un lugar concreto donde cumplir unas necesidades básicas, “la casa” es el entorno afectivo en el que podemos desarrollar nuestras necesidades y relaciones, al igual que la familia clásica, patriarcal y estructurada va perdiendo peso en favor de las familias afectivas. En este sentido, la máxima de que todos queremos envejecer en casa (*Aging in place*), deberá necesariamente trasladarse a envejecer en un lugar en el que nos sentimos bien y que elegimos, acompañados de aquellos que elegimos. Sobre este concepto citamos el libro “*Cohousing. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*” publicado por la Fundación Pilares conjuntamente con la Asociación Jubilares<sup>10</sup>:

“Envejecer en casa no se refiere tan solo al espacio físico de la vivienda. *Aging in place* se comprende cómo vivir donde siempre, en el entorno habitual, y sobre todo, haciendo lo habitual. Así es como se ha entendido principalmente un envejecimiento satisfactorio: el peso de la evidencia demuestra la idea de que las personas mayores más satisfechas son las que mantienen sus amistades, relaciones familiares, actividades de compromiso social en tiempo libre y continúan realizando las actividades de la vida diaria (...) Podemos concluir que es saludable durante la etapa de mayor continuar nuestra vida tal y como la hemos vivido anteriormente<sup>11</sup>.”

<sup>10</sup> DEL MONTE, J., *Cohousing. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, Madrid, Fundación Pilares, 2016.

<sup>11</sup> LAWTON, M.P., *Planning and managing housing for the elderly*, Hoboken, John Wiley and Sons, 1975, p.28.

Algunos autores<sup>12</sup> hablan de la existencia de una nueva generación de personas mayores, de una nueva sociedad, que demanda no solo otro tipo de viviendas, sino nuevas formas de vida durante la etapa de mayor. El envejecimiento poblacional, el cambio hacia la percepción de los roles familiares, el creciente deseo de una vida independiente, de autonomía, de participación, van en la línea de “continuar” viviendo (frente al concepto de “retiro”). Vivir en el lugar habitual (*Aging in place*) cada vez implica más otras connotaciones como vivir integrado en el entorno, o vivir como deseo (no necesariamente en la misma ubicación física), como quiero vivir.

Asimismo resumimos algunas conclusiones del libro “Envejecer sin ser Mayor” también publicado por la Fundación Pilares<sup>13</sup>: 1. Las “personas mayores que vienen” rechazan ser identificadas como “mayores”. 2. Se ha producido una ruptura histórica del ciclo vital tradicional: formación – trabajo – jubilación con la aparición de una nueva etapa. 3. La jubilación ya no genera “viejos”, la mayor esperanza de vida alarga la etapa de la madurez, no de la vejez. 4. Los nuevos jubilados sienten que han perdido identidad con la separación del trabajo, pero la mantienen en las oferta del consumo. Son “hedonistas responsables”. 5. Los jubilados cuentan con un caudal de capacidades y experiencia que están dispuestos a compartir y que la sociedad desaprovecha. 6. Los nuevos jubilados rechazan las políticas de envejecimiento que segregan a las personas por la edad; reclaman que éstas se reorienten hacia la ciudadanía activa intergeneracional.

### **2.3. Futuro del acceso a la vivienda de las personas mayores en España**

Tal como concluíamos en el primer apartado, a pesar de que los cambios culturales son transversales, en un futuro próximo habrá que atender a unas nuevas necesidades de vivienda motivadas, de entrada, por los cambios económicos y demográficos. En este sentido podemos definir tres grandes grupos según sus posibilidades económicas.

En primer lugar encontramos el grupo de personas que no tiene vivienda en propiedad ni ahorros y dispone de una jubilación precaria o mínima. En segundo lugar encontraremos el grupo de personas mayores que, o bien tendrá una vivienda propia, o bien ahorros o una buena jubilación. En tercer lugar encontraríamos al grupo de personas mayores sin ningún problema para acceder a la vivienda y a los servicios que requiera.

<sup>12</sup> HUBER, A., *New approaches to housing for the second half of life*, Basel, Birkhäuser Architecture, 2008.

<sup>13</sup> HERRANZ, D. ET AL., *Las personas mayores que vienen*, Madrid, Fundación Pilares, 2015.

Recordemos además que, según la tendencia mostrada, el número de personas que viven solas aumentará y que, de éstas, la gran mayoría serán mujeres. También en el estudio para la revisión del plan estratégico metropolitano de Barcelona se encuentran las siguientes advertencias. Los niveles de paro, especialmente el de larga duración, entre la población de 50 a 64 años ha repercutido sobre su capacidad de ahorro, y esta población además verá reducida su pensión de jubilación. La profundidad de la crisis económica impedirá de esta manera que la familia siga siendo el refugio de aquellas personas con problemas económicos, a la vez que las propias transformaciones convivenciales, derivaran en estructuras familiares más reducidas<sup>14</sup>.

De esta manera habrá que hacer una previsión para cada uno de estos grupos atendiendo a los datos económicos y poblacionales, y a las posibilidades del propio mercado de la vivienda:

En el caso de las personas que por razones económicas no puedan seguir viviendo en su propio hogar, será necesario fomentar las promociones públicas de vivienda social de alquiler para personas mayores, o bien intergeneracionales, siempre contando con la participación de las personas mayores, en zonas urbanas próximas a su comunidad, y garantizando el acceso a los servicios necesarios.

En el caso de las personas que puedan y quieran seguir viviendo en su propio hogar habrá que promover políticas públicas que garanticen una seguridad de permanencia, de adaptabilidad de la propia vivienda y de acceso a los servicios necesarios. En este sentido será necesario revisar las políticas de ayuda al pago de alquileres e hipotecas para evitar más desahucios. También habrá que fomentar políticas de rehabilitación y adaptación de las viviendas siempre que esto sea viable y sostenible.

A la luz de los datos presentados, parece urgente también activar líneas de apoyo a otros modelos que ya están funcionando en otros países y de los que hablaremos con más detalle en el próximo apartado: Algunas de estas corrientes promueven programas piloto de acompañamiento al envejecimiento activo y saludable en el propio hogar, los llamados *Aging in place*. Otras corrientes promueven las *Age-friendly communities* (AFCIs), o comunidades amigables. Un fenómeno global en crecimiento en torno a la vivienda y forma de convivencia de las personas mayores es el *Senior cohousing*. En el caso de este modelo muy extendido en

---

<sup>14</sup> DOMINGO, A., BLANES, A., *Treball per a la revisió del Pla Estratègic Metropolità*, Barcelona, Centre d'Estudis Demogràfics UAB, 2014.

el norte de Europa y en los Estados Unidos (EEUU), existe un interés creciente en España, que no se ve reflejado en un gran número de proyectos, debido a las trabas administrativas y urbanísticas que no contemplan el modelo, y a la dificultad de encontrar suelo asequible para las cooperativas de cesión de uso que permita desarrollar proyectos sostenibles. En este sentido parece razonable pensar en la articulación de políticas públicas que faciliten el desarrollo de estos modelos puesto que entendemos que la administración no será capaz de ofrecer vivienda pública a todas aquellas personas con unos ingresos medios que tengan problemas de acceso a la vivienda, también a partir de los 65 años.

El beneficio de estas políticas no sería exclusivo para las personas beneficiarias, sino también para la propia administración pública, puesto que como veremos, mejores casas y barrios tienen un impacto positivo en la salud y el bienestar de las personas mayores y de la propia comunidad, generando menor demanda de sanidad y cuidados; así como ampliar la independencia de los mayores y el envejecimiento activo tiene beneficios económicos directos reduciendo el gasto público en prestaciones sociales<sup>15</sup>.

### **3. TENDENCIAS GLOBALES RESPECTO A NUEVOS MODELOS DE VIVIENDA Y CONVIVENCIA**

#### ***3.1. Aging in place***

*Aging in place*, según la definición del estudio “*Increasing the opportunities for aging in place*” del año 2000 es un término que da respuesta a un fenómeno muy extendido en EEUU y en otros países occidentales. Consiste en dar apoyo a las personas mayores que desean continuar viviendo de forma independiente en lugar de trasladarse a un entorno residencial. El proyecto procura prolongar al máximo la permanencia en el propio hogar mediante el apoyo tecnológico<sup>16</sup>.

Como hemos visto, numerosos estudios avalan la realidad de que la mayoría de personas mayores desean permanecer en su hogar. En cualquier caso, esto supone un reto que debe abordarse de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta las necesidades de las

<sup>15</sup> TRILLA, C. (2018). Economía, habitatge i envelliment. Jornada TransJus *Envelliment Ciutat i Dret*. Recuperado el 08/05/201, de [https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres\\_carme-trilla.pdf](https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres_carme-trilla.pdf).

<sup>16</sup> ESSA, I. ET AL., “Increasing the opportunities for aging in place”, *CUU Proceedings on the 2000 conference on Universal Usability*, 2000, pp. 65-71.

personas mayores tal como se han descrito en el capítulo anterior, en relación a las funciones motoras, psicomotrices y cognitivas. En muchos casos, la vivienda deberá adaptarse para evitar posibles accidentes o dificultades para llevar una vida saludable. Debe tenerse en cuenta también la importancia del entorno afectivo y del acceso a los servicios comunitarios, hasta el punto que, tal como opina el gerontólogo STEPHEN M. GOLANT en el libro “*Aging in the right place*”, no es una buena idea permanecer en casa sino se tiene un familiar o amigo afectivamente implicados, que vivan suficientemente próximos<sup>17</sup>.

En el capítulo 4.1 analizaremos el proyecto de *Superilles socials* del Ayuntamiento de Barcelona, que comienza a implementarse con cuatro “supermanzanas sociales” este mismo año.

### **3.2. Age-friendly communities AFCIs**

La definición metodológica de las AFCIs supone un cambio de paradigma a nivel global, sustituyendo la visión de políticas sociales que ofrecen servicios a individuos, por la creación de entornos físicos y sociales que impulsen la capacidad de los individuos de funcionar de manera saludable en sus hogares y/o comunidades. Las AFCIs implican a los distintos actores públicos, privados, y asociativos de un espacio geográfico determinado, para conseguir entornos más amigables para las personas mayores, desde el punto de vista físico y social, mejorando su salud, bienestar y capacidad para envejecer en su comunidad.

En el año 2007, la OMS define, cuatro temáticas principales a abordar desde las administraciones públicas y los colectivos implicados. En una comunidad amigable con el envejecimiento, las políticas, los servicios y las estructuras relacionadas con el entorno físico y social de la ciudad se diseñan y reorganizan para apoyar y permitir a las personas mayores vivir dignamente, disfrutar de una buena salud y continuar participando en la sociedad de manera plena y activa. En este sentido una ciudad amigable: 1. Reconoce la diversidad de las personas mayores. 2. Promueve una cultura de inclusión compartida por personas de todas las edades. 3. Respeta sus decisiones y opciones de forma de vida. 4. Anticipa y responde manera flexible a sus necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento activo.

---

<sup>17</sup> GOLANT, S., *Aging in the right place*, Baltimore, Health Professions Press, 2015.

Según la publicación de la OMS de 2007 “Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía”<sup>18</sup>, los principales aspectos a tener en cuenta en relación estrictamente a la vivienda en las AFCIs son los siguientes: 1. Acceso a la vivienda suficiente y asequible. 2. Existen servicios de mantenimiento y apoyo doméstico cercanos. 3. Las viviendas aseguran estándar de confort y son seguras. 4. El espacio es suficiente y en un solo nivel con dimensiones practicables. 5. Existen suministros y opciones para la rehabilitación de las viviendas de manera asequible. 6. Las viviendas de alquiler públicas y privadas son suficientes y presentan un buen estado de conservación. 7. Existen viviendas públicas a precios asequibles para personas mayores frágiles y con discapacidad.

En el capítulo 4.2 analizaremos el estado de la cuestión de las Ciudades amigables en España, proyecto coordinado por el IMSERSO.

### ***3.3. Cohousing y Senior cohousing***

El término “*cohousing*” empezó a utilizarse en el año 1988 por KATHRYN MCCAMMANT Y CHARLES DURRETT para definir un nuevo tipo de vivienda colaborativa. Estas comunidades auto promovidas y auto gestionadas por sus propios residentes, nacieron en Dinamarca y Holanda a principio de los años 1970 y se han extendido ampliamente en los últimos años. En 10 años en Dinamarca existían ya 120 comunidades y en 30 años ya funcionaban más de 1000 en todo el mundo<sup>19</sup>.

Surgieron como unidades de co-cuidado de los niños, y de la misma manera pueden funcionar como espacios para el cuidado de las personas mayores. Desde el punto de vista arquitectónico podríamos definirlos como viviendas con servicios. Estas viviendas constan de unidades de uso privativo en torno a zonas donde se desarrollan actividades comunitarias. La gran diferencia respecto a otros modelos se centra en su carácter social, donde la participación, la autogestión y el diseño a medida consiguen un equilibrio adecuado entre la vida privada y la comunitaria. Como fortaleza del *Cohousing* destaca su adaptabilidad, que es una característica intrínseca al método de creación participativo, y esto es significativo cuando ha de responder a las necesidades cambiantes de las personas mayores. Por otro lado,

<sup>18</sup> TURMO, R. (2007). Andel: el model escandinau d'accés a l'habitatge. Fundació Jaume Bofill, DL 2004 Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. Recuperado el 28/08/2018, de [http://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_guide](http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide).

<sup>19</sup> LIETAERT, M., “Cohousing’s relevance to degrowth theories”, *Journal of Cleaner Production*, vol. 18, n. 6, 2009, pp. 576-580.

según DURRETT, el tamaño ideal de las unidades está entorno a las 15 y 30 viviendas individuales. Algunos autores difieren en este punto, pero en definitiva el objetivo consiste en repartir los gastos de los servicios sin perder la proximidad entre los residentes<sup>20</sup>.

De las características definitorias del *Cohousing* destacan los siguientes puntos en común. 1. Existencia de equipamientos comunitarios como extensión de la vivienda. 2. Viviendas y gestión económica individuales. 3. Autogestión por parte de los residentes de las actividades comunitarias acordadas. 4. Equidad y no existencia de jerarquía. 5. Diseño a medida para favorecer las relaciones sociales entre los propios residentes y con la comunidad.

El Modelo de Cesión de Uso (MCU), o modelo Andel, se basa en una cooperativa de usuarios y viviendas donde la propiedad de los inmuebles reside en manos de la cooperativa a la vez que sus miembros se benefician de un uso indefinido y transferible de la vivienda a cambio de una entrada inicial retornable y una cuota mensual asequible. Países como Dinamarca, Noruega, Suecia, Canadá o los Estados Unidos aplican un modelo cooperativo de vivienda. Como ejemplo paradigmático, 1 de cada 3 personas en Copenhague viven en una vivienda en régimen de cesión de uso. Estas cooperativas se organizan en muchos casos siguiendo un modelo de *Cohousing*.

En cuanto al *Senior cohousing*, resulta muy interesante tener en cuenta este modelo, puesto que responde a las tendencias sociales mencionadas en relación con el envejecimiento activo y auto-gestionado, a los problemas de acceso a la vivienda de importantes sectores de la población, y a la disminución del tamaño de los hogares en que muchas personas, especialmente mujeres, viven solas. Sin duda, esta tipología de vivienda compartida, ha tardado mucho más en llegar a España -en relación a otros países del norte de Europa- seguramente por la tradición y la estructura familiar de nuestra sociedad, y por la enraizada cultura de propiedad de la vivienda. A día de hoy, a pesar de que existe una población preparada e interesada en el modelo de *Cohousing* y *Senior cohousing*, capaz de valorar todas sus ventajas y fortalezas, el mayor problema o debilidad que presenta este modelo sigue siendo su indefinición legislativa a nivel urbanístico y administrativo, y la dificultad de disponer de suelo asequible que permita desarrollar proyectos con suficiente viabilidad

---

<sup>20</sup> DURRETT, C., *El manual del Senior Cohousing. Autonomía personal a través de la comunidad*, Madrid, Dykinson, 2015.

económica. Lo veremos en el capítulo 4.3 centrado en el estudio MOVICOMA y el movimiento *Cohousing* en España.

## 4. ALGUNOS EJEMPLOS EN EL ÁMBITO ESPAÑOL

### 4.1. *Superilles socials* en Barcelona

Atendiendo al envejecimiento de la población en la ciudad de Barcelona, a la situación sociodemográfica expuesta, a las limitaciones del sistema público de prestaciones residenciales, y con la mirada puesta en los modelos *Aging in place* y *Aging-frinedly communities*; el ayuntamiento ha presentado un plan para dividir la ciudad en unas 250 “supermanzanas sociales” de una población similar (entre 6000 y 8000 habitantes) que tendrán como promedio la siguiente composición de personas con necesidades asistenciales: unos 1070 niños y adolescentes, 1300 personas mayores de 65 años, 275 personas mayores de 85 años, además de 400 personas en paro, y 300 personas con diversidad funcional. En cuanto al envejecimiento, en cada “supermanzana” habrá unas 700 familias cuidando de personas mayores, una cifra que como hemos visto, tenderá a crecer.

Mientras permanezcan en sus casas, estas personas necesitarán atención para realizar las funciones básicas de higiene y alimentación, así como relacionarse, hacer ejercicio, comprar, o ir al médico. El objetivo es que cada una de estas “unidades” pueda dar respuesta a estas necesidades creando pequeñas comunidades dentro de la ciudad que faciliten las relaciones sociales y el acceso a los servicios públicos. Una de las apuestas más importantes del proyecto será la actualización del Servicio de Ayuda a Domicilio municipal (SAD). Este servicio presta servicio actualmente a 18000 personas y está formado por 4000 trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza y deberá reformularse de manera profunda para conseguir los objetivos del plan. En los primeros cuatro pilotos, se dará poder de autogestión a los equipos estables de unas 10 trabajadoras (actualmente es un servicio externalizado sin ningún tipo de coordinación interna), que darán servicio a 50 personas usuarias y estarán coordinadas con los equipos de atención sanitaria primaria y socio sanitaria del barrio.

Finalmente la idea fundamental consiste en crear una residencia distribuida virtual, en el que la vivienda de una persona mayor recibe los servicios similares a los de un centro residencial, y el barrio es capaz de suministrar todos los servicios necesarios, además de las relaciones sociales y seguridad necesarias, haciéndolo además, de manera intergeneracional y no segregada, agregando los colectivos sociales como partes activas de esta transformación.



“Si Francesco Tonucci, (...), promovió el concepto de tribu (la comunidad) como co-responsable de la educación de los niños, la “supermanzana social” extiende esta idea al cuidado de las personas mayores. Esto supone un cambio radical en cómo entendemos el reto del envejecimiento”<sup>21</sup>.

#### **4.2. Ciudades amigables en España**

La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores se creó por la OMS en el año 2010, con el objetivo de propiciar el intercambio de experiencias y el aprendizaje mutuo entre ciudades y comunidades de todo el mundo. “Lo que todos los miembros de la red tienen en común es el deseo y el compromiso de crear entornos urbanos físicos y sociales que favorezcan el envejecimiento saludable y activo u una buena calidad de vida para sus residentes de más edad.” Actualmente la red cuenta con 700 comunidades, los tres países con más comunidades son EEUU en primer lugar, y España en segundo lugar, seguidos por Francia en tercer lugar.

La red de Ciudades Amigables está coordinada en España por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y cuenta actualmente con 156 comunidades, destacando especialmente el País Vasco con 35 comunidades. En cualquier caso es fácil interpretar que muchos de los puntos señalados por la OMS en los artículos relacionados con el acceso a la vivienda no se cumplen en la mayoría de los casos. En la ciudad de Barcelona por ejemplo existe el Compromiso hacia una Barcelona amigable con las personas mayores 2017-2022, que plantea cuatro líneas de trabajo interesantes entorno a las personas mayores como activos de la ciudad, el buen trato y la igualdad, la salud y el bienestar, y la vida cotidiana de las personas mayores. También se ha iniciado el proyecto de las “supermanzanas sociales” que hemos comentado, pero queda mucho camino por recorrer para resolver el problema del acceso a la vivienda de estas personas.

#### **4.3. Estudio MOVICOMA y el movimiento *cohousing* en España**

El estudio MOVICOMA desarrollado por ESTRADA, LÓPEZ, FÁBREGUES, FARRÉ y MENESES de la *Universitat Oberta de Catalunya* (UOC) que está en fase de desarrollo y a punto de presentar sus conclusiones definitivas, tiene los siguientes objetivos. 1. Dibujar un mapa de la realidad de la vivienda colaborativa de personas mayores en España. 2. Identificar los factores

<sup>21</sup> TORRENS, L. (2018). Barcelona per a la gent gran: les superilles socials. Adaptación del documento presentado en la Conferencia sobre *Envelliment, ciutat i drets*, Jornada TransJus. Recuperado el 08/05/2018, de <http://lleigel.cat/barcelona-gent-gran-lsuperilles-socials>.

de emergencia, desarrollo y consolidación de los proyectos de vivienda colaborativa. 3. Analizar el impacto psicosocial en las personas que participan en estos proyectos<sup>22</sup>.

Según este estudio, actualmente hay en España (aproximadamente) unos 8 grupos conviviendo, 1 grupo en fase de construcción, 6 grupos con solares definidos, 7 grupos formados, y 7 grupos en formación. Estos proyectos coinciden con tres grandes oleadas, una iniciada en el 1991, otra entorno al año 2000, y una tercera en curso, iniciada alrededor del 2012 después de la crisis. Entre el inicio de los proyectos y su construcción y puesta en marcha el promedio temporal es de 9-10 años.

Obviamente estas cifras comparadas con el interés que suscita el modelo tanto en los medios de comunicación, las jornadas profesionales, como en las múltiples sesiones y charlas organizadas por asociaciones públicas y privadas, son muy bajas. También son cifras muy bajas comparadas con las de otros países del norte de Europa y EEUU. Antes de analizar los motivos por los cuales esto sucede comentaremos algunas de las primeras conclusiones del estudio que ya han sido publicadas.

En cuanto a la composición sociodemográfica de los grupos, constatamos que en los grupos que están conviviendo actualmente, el 43% son mujeres que viven solas, y el 12% son hombres que viven solos. Su edad media es de 75 años y la gran mayoría, el 78%, tiene por lo menos un hijo y En cuanto al nivel formativo se trata mayoritariamente de personas con educación superior e ingresos anuales medios. En cuanto a los proyectos en construcción, aumenta el número de mujeres que viven solas hasta un 56%, y el de los hombres a un 31%. El número de personas con hijos se reduce al 59% y la edad media se reduce a 65 años. Este grupo está constituido principalmente por personas con estudios universitarios e ingresos anuales medios.

En cuanto a las características de las viviendas construidas, se trata mayoritariamente de bloques de pisos en grandes ciudades, aunque entre los proyectos en fase de elaboración la tendencia apunta hacia más casas aisladas, en núcleos urbanos más reducidos o en zonas periurbanas. En el 83% de los casos, las unidades están constituidas por cooperativas y en el 73% de los casos son cooperativas de cesión de uso del suelo. El tamaño medio de los

---

<sup>22</sup> ESTRADA, M. ET AL. (2017). Estudio sobre el movimiento de vivienda colaborativa de mayores, Jornada IMSERSO Cohousing: autonomía y participación en la creación de alternativas residenciales para personas mayores. Recuperado el 08/05/2018, de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/05\\_dlopezcohousing2017.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/05_dlopezcohousing2017.pdf)

proyectos es de 40-80 apartamentos aunque también la tendencia es hacia un tamaño más pequeño.

Resulta muy interesante observar las conclusiones cualitativas respecto a los factores que motivan a emprender un proyecto de *Senior cohousing*, puesto que existen enormes coincidencias con los cambios socioculturales descritos en el punto 2.2. y confirmar las previsiones del punto 2.3. 1. En primer lugar no quieren que sus hijos cuiden de ellos, especialmente las mujeres. 2. Los hijos no disponen de recursos económicos, ni del tiempo para hacerlo, incluso en algunos casos son los mayores que sostienen a los hijos y nietos. 3. Por otro lado buscan huir de la soledad y el aislamiento que provoca la movilidad actual. 4. Rechazan la pérdida de autonomía que supondría trasladarse a casa de los hijos. 5. Temen la incertidumbre sobre la reducción de coberturas sociales en el futuro. 6. Se apunta también a la dificultad de acceso a las residencias, puesto que tienen demasiados ingresos para acceder a las públicas y no pueden pagar las privadas. 7. Existe también un rechazo al modelo residencial, puesto que supone una pérdida de independencia y de control sobre su vida. Los principales motivos argumentados son por orden de prioridad, envejecer con autonomía, disponer de servicios y viviendas adecuados, vivir en comunidad, y transformar el entorno.

En cuanto al contexto económico y político encontramos los siguientes factores negativos: el alto precio del suelo y la falta de reconocimiento del modelo en las políticas y regulaciones dificultan el desarrollo de muchos de los proyectos. Por otro lado se observa un aumento de la coordinación entre grupos de difusión y asesoramiento, y aparecen agentes y asociaciones que facilitan su desarrollo<sup>23</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

Existen datos estadísticos que permiten prever un rápido crecimiento de las personas mayores de 65 años, y también de las mayores de 85, en los próximos años en Cataluña y España. Por otro lado, tenemos datos que permiten prever que esta población llegará a la edad de jubilación con menos ahorros y menor capacidad adquisitiva, al irse reduciendo progresivamente las pensiones y como consecuencia de la crisis. Paralelamente, se irá

---

<sup>23</sup> ESTRADA, M. ET AL. (2017). Estudio sobre el movimiento de vivienda colaborativa de mayores, Jornada IMSERSO Cohousing: autonomía y participación en la creación de alternativas residenciales para personas mayores. Recuperado el 08/05/2018, de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/05\\_dlopezcohousing2017.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/05_dlopezcohousing2017.pdf)

reduciendo el número de personas que lleguen a esta edad con un hogar en propiedad, o con un alquiler asequible y vitalicio que les permita asegurar su bienestar. Desde el punto de vista socio-cultural sabemos que las personas que llegarán a esta edad en las próximas décadas son personas con un nivel cultural alto y que demandan y precisan servicios que les permitan vivir esta etapa de la vida de manera activa y autónoma. Esto es debido también al cambio de las estructuras familiares, que dibujan un escenario de futuro de hogares de tamaño reducido en el que un porcentaje muy alto será de personas que viven solas, mayoritariamente en el caso de las mujeres. No olvidemos además, las necesidades específicas de estas personas, que están relacionadas con una mayor demanda socio-sanitaria y demanda de unas prestaciones en cuanto al diseño de las viviendas, que deben proporcionar seguridad y una mayor accesibilidad y calidad de vida.

Así como en algunos aspectos la sociedad española está al día de las tendencias globales recogidas por la OMS mediante la definición del *Aging in place* y las *Age-friendly communities*, observamos que en cuanto a la vivienda todavía queda un largo camino a recorrer. En cuanto al *Cohousing* y *Senior cohousing*, observamos que existe una progresiva conciencia y demanda de este tipo de formas de convivencia que no son nuevas, pero son cuantitativamente anecdóticas en España. Entendemos que los cambios socio-culturales, así como los motivos económicos, favorecen el interés por este nuevo tipo de unidades convivenciales, que cuadran a la perfección con las necesidades dibujadas por un amplio sector de la población, especialmente en el caso de las mujeres. En relación con este tema, queda mucho trabajo pendiente, en cuanto al reconocimiento del modelo a nivel urbanístico, jurídico y administrativo. Por otro lado, afloran un gran número de iniciativas asociativas que pretenden impulsar este modelo.

Recordamos que la vivienda se encuentra en la base de la pirámide de bienestar definida por ABRAHAM MASLOW y, por lo tanto, es una pieza fundamental para asegurar el resto de factores que procuran el bienestar de cualquier persona. Es relevante tener en cuenta que estas políticas son buenas para la calidad de vida de las personas mayores, pero también lo son para el resto de la sociedad. Por un lado, ésta se beneficia de su experiencia y su demanda de servicios y, por otro lado, supone un ahorro para los servicios socio-sanitarios públicos.

Sin duda será necesario seguir investigando acerca de la naturaleza socio-demográfica de las generaciones futuras, teniendo en cuenta la evolución del mercado inmobiliario pero, en cualquier caso, resulta ya evidente la necesidad de comenzar a articular políticas públicas que

permitan asegurar el acceso a la vivienda de las personas mayores, igual que hasta ahora lo ha sido (y sigue siendo) para los jóvenes.

Estas políticas deberían ser multifocales trabajando en los siguientes ámbitos. 1. Por un lado fomentar las promociones públicas de vivienda social de alquiler para personas mayores, o bien intergeneracionales, contando con la participación de las personas mayores, en zonas urbanas próximas a su comunidad, y garantizando el acceso a los servicios necesarios, para aquellas personas que no tengan acceso a una vivienda propia por razones económicas o de dependencia. 2. En el caso de las personas que puedan y quieran seguir viviendo en su propio hogar habrá que potenciar políticas públicas que garanticen una seguridad de permanencia, de adaptabilidad de la propia vivienda y de acceso a los servicios necesarios. En este sentido será necesario revisar las políticas de ayuda al pago de alquileres e hipotecas para evitar más desahucios. También habrá que fomentar políticas de rehabilitación y adaptación de las viviendas siempre que esto sea viable y sostenible. 3. Por otro lado parece interesante que la administración impulse políticas que faciliten el desarrollo de más iniciativas *cohousing* para personas mayores o *cohousing* intergeneracional, basadas en el modelo de cesión de uso. Por un lado definiendo y reconociendo el modelo a nivel legislativo y, por otro lado, facilitando el acceso a un suelo asequible que permita la viabilidad de los proyectos, tanto a nivel económico, como a nivel social.

Como conclusión final, reiteramos el hecho de que las personas mayores y un amplio sector de la sociedad española son suficientemente maduras como para asumir cambios en los modelos de vivienda y convivencia clásicos. Aunque es evidente que la mayoría de la población actual desea permanecer en su propia casa cuando llegue a la edad de jubilación, también es obvio que cada vez existen menos posibilidades de hacerlo. La mayoría de las personas no tendrán una sola casa toda su vida, ni la misma familia y, en muchos casos vivirían solas, como hemos visto, de manera mayoritaria en el caso de las mujeres. Así pues, podríamos hacer una relectura del *Aging in place*, entendiendo que nuestra familia y nuestra casa son aquel espacio y aquellas personas que elegimos para convivir en la edad adulta, y que nos permiten un envejecimiento activo y saludable.

## REFERENCIAS

- DEL MONTE, J., *Cohousing. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, Madrid, Fundación Pilares, 2016.
- DOMINGO, A., BLANES, A., *Treball per a la revisió del Pla Estratègic Metropolità*, Barcelona, Centre d'Estudis Demogràfics UAB, 2014.
- DURRETT, C., *El manual del Senior Cohousing. Autonomía personal a través de la comunidad*, Madrid, Dykinson, 2015.
- ESSA, I. ET AL., "Increasing the opportunities for aging in place", *CUU Proceedings on the 2000 conference on Universal Usability*, 2000, pp. 65-71.
- ESTRADA, M. ET AL. (2017). Estudio sobre el movimiento de vivienda colaborativa de mayores, Jornada IMSERSO Cohousing: autonomía y participación en la creación de alternativas residenciales para personas mayores. Recuperado el 08/05/2018, de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/05\\_dlopezcohousing2017.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/05_dlopezcohousing2017.pdf)
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., *La psicología de la vejez*, Madrid, Ediciones Pirámide, 2008.
- GENERALITAT DE CATALUNYA – INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. (2015). *Projeccions De La Població a Catalunya 2013-2051*. Recuperado el 06/08/2018, de <https://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/pp2013-2051pr.pdf>
- GOLANT, S., *Aging in the right place*, Baltimore, Health Professions Press, 2015.
- HERRANZ, D. ET AL., *Las personas mayores que vienen*, Madrid, Fundación Pilares, 2015.
- HUBER, A., *New approaches to housing for the second half of life*, Basel, Birkhäuser Architecture, 2008.
- LAWTON, M.P., *Planning and managing housing for the elderly*, Hoboken, John Willey and Sons, 1975.
- LIETAERT, M., "Cohousing's relevance to degrowth theories", *Journal of Cleaner Production*, vol. 18, n. 6, 2009, pp. 576-580.
- MASLOW, A., *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*, Barcelona, Kairós, 1976.
- TORRENS, L. (2018). Barcelona per a la gent gran: les superilles socials. Adaptación del documento presentado en la Conferencia sobre *Envelliment, ciutat i drets*, Jornada TransJus. Recuperado el 08/05/2018, de <http://lleienel.cat/barcelona-gent-gran-lsuperilles-socials>.
- TRILLA, C. (2018). Economia, habitatge i envelliment. Jornada TransJus *Envelliment Ciutat i Dret*. Recuperado el 08/05/2018, de [https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres\\_carme-trilla.pdf](https://transjusblog.files.wordpress.com/2018/04/pres_carme-trilla.pdf).

TURMO, R. (2007). Andel: el model escandinau d'accés a l'habitatge. Fundació Jaume Bofill, DL 2004 Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. Recuperado el 28/08/2018, de [http://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_guide](http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide).

WHO KOBE CENTRE. (2005). A billion voices: listening and responding to the health needs of slum dwellers and informal settlers in new urban settings. Recuperado el 06/08/2018, de [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/urban\\_settings.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/urban_settings.pdf).

## ESCUCHAR A LAS PERSONAS MAYORES PARA GARANTIZAR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO: EL PROYECTO CCENTRE

MARÍA ELENA LAUROBA LACASA



Como citar:

Lauroba Lacasa, M.E. (2018). “Escuchar a las personas mayores para garantizar un envejecimiento activo: El proyecto CCentre”. En *Retos científicos, jurídicos y sociales relacionados con el envejecimiento en Cataluña y en España*. TransJus Working Papers Publications – Edición Especial (N. 6/2018, pp. 48-70).

---

**SUMARIO:** 1. Presentación; 2. El Proyecto CCentre; 2.1 Algunas indicaciones para encuadrar el Proyecto; 2.2 ¿Cómo encajan nuestros objetivos? El modelo de la atención entrada en la persona; 2.3 El Proyecto en el 2017: actuaciones y objetivos; 2.4 El Proyecto en el 2018. Bloques de trabajo, objetivos y actividades; 2.4.1 Diseño de un producto educativo sobre narrativas, para el futuro uso de los profesionales sanitarios; 2.4.2 Bloque formativo; 2.5 ¿Y en el 2019?; 3. Derechos y derecho de personas mayores; 3.1 Derechos de las personas mayores: algunas iniciativas normativas; 3.2 Voz y dignidad; 3.3 ¿Cómo articular un Elder Law?; 3.4 Ultima coda: un mecanismo de resolución de conflictos para dar voz: la mediación.

---



**RESUMEN:** El *Proyecto europeo Ccentre: Towards citizen-centred active ageing and wellbeing*, financiado por el EIT Health, nace el 2016 con el fin de contribuir a poner a la ciudadanía en el centro de los sistemas de salud. Para ello se pretende formar a profesionales que trabajan con personas mayores y que dichos profesionales, a su vez, transmitan a sus compañeros de trabajo la formación recibida (la metodología pedagógica de la “formación en cascada”). En el año 2018, el objetivo específico es la captura de narrativas de personas mayores para elaborar un producto educativo que facilite, en las residencias y otros centros, tener en cuenta sus deseos, sus aspiraciones y sus inquietudes. Atender a las historias de vida de las personas mayores se revela un elemento clave para salvaguardar su *wellbeing*.

Participan en el proyecto las Universidades de Barcelona (Gisme), Newcastle, Leiden, Copenhagen y Róterdam, así como la aseguradora Achmea y la asociación E-Seniors.

**PALABRAS CLAVE:** envejecimiento, salud, Derecho de la tercera edad, Proyecto Ccentre.

---

**RESUM:** El *Projecte europeu Ccentre: Towards citizen-centred active ageing and wellbeing*, finançat per EIT Health, neix el 2016 amb la finalitat de contribuir a posar a la ciutadania al centre dels sistemes de salut. Per a això es pretén formar a professionals que treballen amb persones grans i que dits professionals, al seu torn, transmetin als seus companys de treball la formació rebuda (la metodologia pedagògica de la “formació en cascada”). L'any 2018, l'objectiu específic és la captura de narratives de persones grans per elaborar un producte educatiu que faciliti, en les residències i altres centres, tenir en compte els seus desitjos, les seves aspiracions i les seves inquietuds. Atendre les històries de vida de les persones grans es revela un element clau per salvaguardar el seu *wellbeing*. Participen en el projecte les Universitats de Barcelona (Gisme), Newcastle, Leiden, Copenhaguen i Rotterdam, així com l'asseguradora Achmea i l'associació I-Sèniors.

**PARAULES CLAU:** envelliment, salut, Dret de la tercera edat, Projecte Ccentre.

---

**ABSTRACT:** The European *Project Ccentre: Towards citizen-centred active ageing and wellbeing*, funded by EIT Health, was launched in 2016 to promote the empowerment of citizens in health systems. Accordingly, the aim is to train the professionals who work with older people and who, in turn, will transmit the training received to their colleagues (the pedagogical methodology of cascade training). In 2018, the specific objective is to capture the narratives of older people in order to develop an educational product that will make it easier, in homes and other centres, to take into account their wishes, aspirations and concerns. Listening to elderly people's life stories is a key element for safeguarding their wellbeing. The project involves the Universities of Barcelona (Gisme), Newcastle, Leyden, Copenhagen and Rotterdam, as well as the Achmea insurance company and the E-Seniors association.

**KEY WORDS:** aging, health, Elder Law, Ccentre Project.

## 1. PRESENTACIÓN

Mi intervención tiene un doble propósito. Por un lado, explicar los objetivos y actividades vinculados al *Proyecto CCentre: Towards CitizenCentred Active Ageing and Wellbeing*<sup>1</sup>, en concreto el proyecto “Garantizando la autonomía de las personas mayores - formación innovadora para una sociedad de todas las edades”, que financia el EIT Health, un organismo de la Unión Europea (UE); por el otro lado, y dado que este congreso internacional se celebra en la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona, y que yo soy profesor de Derecho Civil, quiero hacer un breve apunte que conecte el proyecto con los derechos de las personas mayores, entendidos como materia de una disciplina jurídica *in faciendo* -el *Elder Law*- tanto a nivel normativo como doctrinal, que se consolidará, por la fuerza de los hechos, en los próximos años y que a día de hoy mi facultad ha convertido en una línea de investigación específica, a partir de las actividades del *TransJus*, nuestro instituto de investigación.

La atención a las personas mayores se ha convertido en uno de los objetivos primordiales de la UE que quiere ancianos activos, como ciudadanos de pleno derecho, pero que también los incentiva desde el pragmatismo de reducir los ingentes gastos en sanidad que se avecinan, porque mayor longevidad no va asociada a mayor calidad de vida. La preocupación puede visibilizarse a partir de cifras concretas. En 2020 un 19,5% de media de la población de la UE tendrá más de 65 años y seguirá creciendo hasta alcanzar un 22,9% en 2030, esto es, más de un cuarto del total de la población. Desde otra perspectiva, la población en edad laboral (pensando en un tope de 64 años de edad) total se reducirá en 20,8 millones entre 2005 y 2030, según se vayan jubilando las cohortes del *baby boom*. Este hecho tiene una repercusión enorme en el futuro de los empleos y en el crecimiento de la UE, así como en la sostenibilidad de la protección social y de los sistemas sanitarios, que se enfrentan a un desfase cada vez mayor entre los gastos necesarios y los ingresos obtenidos mediante los impuestos y las contribuciones. Una de las consecuencias de este envejecimiento, que ya podemos observar en varios de los países miembros, es el retraso de la edad de jubilación; también empezamos a encontrar programas pilotos dirigidos a trabajos específicos diseñados para mayores de 65 años. Asimismo, se prevé que el número de personas mayores de 80 años aumente en un 57,1% entre 2010 y 2030. De alguna manera la bisagra de los 65% se desplaza a edades posteriores.

---

<sup>1</sup>EIT HEALTH. (2018). CCentre. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.eithealth.eu/ccentre>.

La preocupación no se circunscribe a la UE. Baste mencionar el Documento de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud” de abril de 2016. En buena medida trae causa de un encargo del 2015, el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”, que nos procura una definición de “envejecimiento saludable” que procede recordar aquí.

“El envejecimiento saludable se define como «el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez». Esta capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de la persona (es decir, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales —así como las psicosociales— de una persona), los entornos en los que vive (entendidos en el más amplio sentido, que incluye los entornos físicos, sociales y normativos), y la relación entre ambos.

18. El envejecimiento saludable es un proceso que abarca la totalidad del ciclo de vida y que puede ser pertinente para todos, no solamente para los que en estos momentos no padecen enfermedad alguna. La capacidad intrínseca en un momento dado viene determinada por muchos factores, por ejemplo los cambios fisiológicos y psicológicos subyacentes, los comportamientos relacionados con la salud y la presencia o ausencia de enfermedad. Esos factores, a su vez, están muy influidos por los entornos en los que las personas han vivido a lo largo de la vida. Puesto que la relación de una persona con esos entornos está en sí misma muy influida por factores como el sexo y la raza, esas características personales están también estrechamente asociadas con la capacidad en un momento dado”<sup>2</sup>.

## 2. EL PROYECTO CCENTRE

### 2.1. Algunas informaciones para encuadrar el Proyecto<sup>3</sup>

El Proyecto ha sido seleccionado y sufragado por el EIT Health, un organismo que se integra en el EIT, un organismo de la Unión Europea. Las siglas se refieren a Instituto Europeo de

---

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el 06/09/2018, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1).

<sup>3</sup> Como coordinadora, he de mencionar a los integrantes del espléndido *team* que posibilita que sigamos al pie del cañón, pese a adentrarnos a menudo en aguas ignotas, Ander Errasti (el imprescindible Project manager), Cristina Astier, Laia Tejada, Lluís Medir; también los profesores Jaume Tarabal y M<sup>a</sup> Luísa Zahíno, aunque su implicación no es continua. Este año se ha incorporado el profesor Feliciano Villar.

Innovación y Tecnología, *European Institut of Technology* <sup>4</sup>. El lema del organismo es suficientemente elocuente: “*Making Innovation Happen*”. Abarca diferentes ámbitos: medio ambiente, energía, alimentación, salud o sociedad digital. No se trata de una entidad centrada en la generación de conocimiento -esto es, en la investigación- sino que la presupone y que persigue implementar dicho conocimiento en la sociedad de manera efectiva, proyectarlo más allá de especulaciones teóricas.

Nuestro proyecto se apoya en una de sus secciones, el EIT Health, cuyo objeto es contribuir a la competitividad de la industria europea (1), a la mejora de la cualidad de vida de los ciudadanos europeos (2) y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios (3)<sup>5</sup>. Por tanto, el Proyecto se inscribe en los dos primeros objetivos: en esa mejora de la cualidad de vida de ese sector de la ciudadanía europea que integran las personas mayores, con la conciencia -en ningún caso soslayada- de que una sociedad de personas mayores más sana es una sociedad que genera menor gasto sanitario.

Dado que se trata de un proyecto europeo, es requisito ineludible que participen entidades de diferentes países, lo que constituye uno de los aspectos más enriquecedores de este tipo de iniciativas. En estos momentos estamos trabajando conjuntamente (aprendiendo, debatiendo y también disfrutando) las Universidades de Barcelona, Newcastle, Leyden Academy, Erasmus University Rotterdam y la Universidad de Copenhague, así como la asociación francesa *e-seniors* y la empresa aseguradora Achmea<sup>6</sup>.

Una de las peculiaridades de los Proyectos del EIT Health -y del EIT en general- frente a los Proyectos de investigación europeos estándares Horizonte 2020 es lo que me permitiré denominar la obligatoriedad de la “secuencia creativa”. Quizás una imagen cogida por los pelos, pero me recordaba a esa técnica narrativa de las novelas del siglo XX, el *stream of consciousness*, porque se suceden y mezclan al mismo tiempo las actuaciones de implementación del proyecto en curso (el que ya ha recibido financiación), sin solución de

<sup>4</sup> EIT EUROPA. (2018). Homepage. Recuperado el 06/09/2018, de <https://eit.europa.eu/>.

<sup>5</sup> EIT HEALTH. (2018). Homepage. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.eithealth.eu/>. Así se presenta, escuetamente, en la web: “*to contribute to increasing the competitiveness of European industry, improve the quality of life of Europe’s citizens and the sustainability of healthcare systems*”.

<sup>6</sup> Los responsables respectivos son Graham Armitage (Univ. Newcastle) -con mención específica a su *mano derecha*, Laura Mazzoli-; Jolanda Lindenberg (Leyden Academy) -un soporte tan valioso como incansable-, Sonja Wendel (Univ. Erasmus Rotterdam) Rudi G.J. Westendorp (Univ. Copenhague) y Monique Epstein (*e-seniors*).

continuidad, con las propuestas de futuro; es como si el poso, acaso inconsciente, de lo que se está desarrollando frenéticamente, tiñera las reflexiones del año siguiente.

Por ello, pese a que la duración inicialmente prevista para el proyecto es 2017-2020, cada año hemos tenido que diseñar un proyecto, pretendida -obsesivamente- novedoso, traducido en diferentes actividades con repercusión ciudadana -en este caso, con repercusión en los ciudadanos mayores. El *iter* para obtener el beneplácito del EIT Health no es fácil: cada proyecto es objeto de una evaluación específica, primero mediante la revisión de la Documentación escrita (memoria, cronograma, presupuesto, etc.) a partir de unos criterios ponderados (calidad/ disrupción del proyecto, idoneidad del equipo, etc -sin que los éxitos de los años anteriores sean relevantes). Los proyectos que superan dicha fase deben ser defendidos oralmente -los *hearings*- ante un tribunal integrado por expertos de reputación internacional seleccionados por el EIT Health, con el plus de las interpelaciones, debates etc. etc. subsiguientes. Es una manera de trabajar vertiginosa, porque supone simultanear la puesta en práctica de las acciones propuestas en el programa del año anterior, recientemente validadas, con el diseño de nuevas propuestas no coincidentes con las anteriores -nunca repetitivas, aunque sí intentamos una secuencia.

Además, y esta es la única crítica que haré a esta concepción de los proyectos, existe la consigna de que las acciones no deben repetirse dos años seguidos sufragados o impulsados por el proyecto, sino que deben consolidarse, o tener tal repercusión que otros actores asuman la iniciativa y se asienten/subvencionen en sí mismas tras un primer año de esfuerzo. Un único año, a mi juicio, demasiado a menudo no deja el poso suficiente para que los destinatarios de la acción se animen a implementarla por su cuenta -más en una sociedad en que el *management* nunca es inicialmente eficiente-; no pretendo que nos acomodemos en los resultados del primer año, pero sí que valoremos la creación paulatina de un cierto poso que contribuya a la mejor diseminación de las iniciativas.

Dicho esto, voy a continuación a situar los contenidos del Proyecto durante los años 2017 y 2018, y concluiré con una mención al proyecto imaginado para el 2019, aunque el punto de partida es recodar el principio rector o modelo que subyace en el proyecto: la “Atención Centrada en la Persona”.

## 2.2. ¿Cómo encajan nuestros objetivos? El modelo de la atención centrada en la persona

El concepto de la “Atención Centrada en la Persona” (ACP) justifica el diseño y desarrollo del proyecto. La ACP es una metodología de trabajo que en buena medida -si se me permite- viene definida en su propia denominación (la *centralidad* de la persona)<sup>7</sup>, lo que no impide que dé lugar a diferentes interpretaciones, según se atienda a estándares de calidad (identificación de índices para evaluar el bienestar) o a sistema de valores. Se predica, fundamentalmente, en relación con las personas mayores y comporta considerarlas en su individualidad, como poseedoras de capacidades y necesidades singulares.

Esta perspectiva apoya la autodeterminación de los individuos y por ello, correlativamente, implica la búsqueda y desarrollo de estrategias y herramientas para empoderarlos. El “empoderamiento/apoderamiento” -un concepto en boga en los diferentes ámbitos sociales, utilizado como elixir mágico que en alguna ocasión se banaliza, pero también como objetivo necesario- es un índice determinante de la consecución de su bienestar. En definitiva, es una perspectiva que se está incorporando a diversos ámbitos de servicios públicos, aunque a veces más como declaración de intenciones o desiderátum que como realidad/acción efectiva. Por ello, los profesionales de la salud que atienden a las personas mayores deben ayudarlas en ese desarrollo, para lo que resulta importante que conozcan sus historias de vida, desde la escucha atenta/activa.

Privilegiar la individualidad comporta -necesariamente- la flexibilización de los protocolos, la superación de la uniformidad que ha sido, por otro lado, una salvaguarda del adecuado desarrollo de las tareas sanitarias -permitiendo la exención de responsabilidades<sup>8</sup>.

La ACP contesta o desplaza lo que se conoce como los modelos de atención centrada en los servicios/ instituciones, que se fundamentan en la consolidación y seguimiento de protocolos uniformes que clasifican enfermedades, tratamientos y respuestas sanitarias.

<sup>7</sup> GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, V. (2016/2017). Atención centrada en la persona: una nueva tendencia en la provisión de cuidados. Recuperado el 06/09/2018, de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11737/Guti%20rrez%20Mart%20EDnez%20Virginia.pdf?sequence=4>.

Veáse también MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, M.T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios Gerontológicos. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>.

<sup>8</sup> FUNDACIÓN MATIA. (2015). Cuadernos Envejecimiento en red. Recuperado el 06/09/2018, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>.

### 2.3. El Proyecto en el 2017: actuaciones y objetivos

En el 2017, el Proyecto otorgado se estructuró en cuatro fases, dirigidas a facilitar una aproximación al envejecimiento activo transversal, con la confluencia de una pluralidad de perspectivas. Poliédrica.

PRIMERA FASE. Formación en los Colegios Profesionales. Durante la primavera se realizó una formación pluridisciplinar en varios colegios profesionales. Un médico, un abogado, una enfermera y un psicólogo impartieron cada uno una sesión asociada a la tercera edad en los colegios de psicólogos, enfermería y abogacía de... <sup>9</sup>, Aunque inicialmente se pretendía también facilitar esa formación en el colegio de médicos, el insuficiente número de inscripciones hizo conveniente posponer las sesiones.

La experiencia fue provechosa, con particularidades en cada colegio profesional. Dos ejemplos: 1. El sobresaliente interés que suscitó entre los abogados, especialmente conscientes de que su conocimiento de las personas mayores se circunscribía a los aspectos legales (protección en caso de disminución de la capacidad, cuestiones ligadas al abuso o a la planificación sucesoria, etc.), ignorando otras perspectivas. 2. El enriquecedor seguimiento en el colegio de psicólogos, porque los asistentes contaban, mayoritariamente, con formación previa sobre la materia, dado que la mayoría de los inscritos trabajaban en residencias, centros de día u otras unidades de atención a las personas mayores. Su conocimiento, con el plus de su experiencia cotidiana, conllevó que una parte de las sesiones derivara a interesantes debates.

SEGUNDA FASE. Una *Summer Academy*, que tuvo lugar en el Palau Macaya -cedido gracias a la Fundación Bancaria “la Caixa”<sup>10</sup>- durante los días 12, 13 y 14 de julio del 2017, con más de cien inscritos. Procedían en buena medida de los colegios profesionales donde había tenido lugar la formación de la primera fase, pero también se inscribieron otros profesionales del

---

<sup>9</sup> Tuvimos la suerte de contar, como expertos, con Miquel Puiggalí (abogado, presidente de la sección sobre Drets de les persones grans de l'Ilustre Colegio de la Abogacía de Barcelona - ICAB); Antoni Salvà (médico geriatra, director de la Fundació Salut i Envel·liment de la Universidad Autónoma de Barcelona), Feliciano Villar (Psicólogo. Profesor titular de la Universidad de Barcelona, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación) y Laura Palazón (enfermera, docente en l'Escola d'infermeria de la Universidad de Barcelona). La implicación de Feliciano Villar se ha incrementado en el 2018, convirtiéndose en nuestro experto responsable en la captación e interpretación de narrativas, como uno de los pilares del proyecto del 2018.

<sup>10</sup> La Fundación Bancaria “la Caixa” se ha implicado recurrentemente y quiero agradecerlo aquí (singularmente a Cristina Segura, directora del Departamento de Personas Mayores y a M<sup>a</sup> Carmen Espejo, del mismo departamento).

sector, a partir de la difusión de la *Summer Academy* por diferentes vías (así, por ejemplo, el propio EIT Health, la Fundación Bancaria “la Caixa” o la Fundació Pi i Sunyer). Se perseguía trasladar a los profesionales los retos y métodos de cuidado dirigidos a la salvaguarda de la autonomía de las personas mayores con las que trabajaban<sup>11</sup>. No voy a hacer una crónica exhaustiva, pero sí destacar algunos aspectos del programa, desde la satisfacción, *a posteriori*, de la experiencia -con una ratio de *feed back* muy satisfactoria. El punto de partida fue la conferencia inaugural del Dr. Antoni Salvà, quien nos introdujo al concepto de autonomía de las personas mayores y la presentación de un análisis de la Fundació Pi i Sunyer sobre las personas mayores a partir de los datos recogidos en su Panel. Se sucedieron tres Mesas redondas sobre el Consentimiento informado y los documentos de voluntades anticipadas; la Sexualidad de las personas mayores en entornos socio-sanitarios y centros asistenciales y sobre Políticas públicas y garantía de la autonomía de las personas mayores: un nuevo principio rector. Asimismo, seis talleres: sobre cuidados narrativos (anticipando/anunciando nuestro proyecto del 2018); Salud Mental Positiva y Personas Mayores; Identificación y Manejo de la fragilidad en las personas mayores; Maltrato en la tercera edad (centrado en el proceso a seguir desde la detección hasta el plan de intervención); Problemas ligados a la manifestación de la voluntad sucesoria y las cautelas legales para afrontarlos y la Mediación como herramienta para potenciar la autonomía de las personas mayores. Por último, se presentó la Carta “Primero las personas: cuidar como nos gustaría ser cuidados”, iniciativa de la Fundación Bancaria “la Caixa”, un documento elaborado a partir de un foro de reflexión que había tenido lugar en diversas ciudades españolas, con la voluntad de sentar los principios básicos para garantizar el cuidado de las personas mayores, especialmente de las que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

TERCERA FASE. Experiencias entre pares (la traslación de lo aprendido a los centros de personas mayores). Una de las singularidades del proyecto en el 2017 era la voluntad de diseminar los conocimientos adquiridos mediante la formación en cascada (*cascade training*), esto es, la transmisión de la formación recibida a otros profesionales con los que se trabaja habitualmente, sus iguales (también conocida como transmisión de las experiencias entre pares -*peer to peer*). Este objetivo ha sido uno de los aspectos mejor valorados por el EIT

---

<sup>11</sup> Como se afirmaba en el folleto explicativo: “Las jornadas aspiran a ser un espacio para el encuentro, intercambio de pareceres y aprendizaje mutuo entre profesionales, usuarios y promotores de iniciativas públicas y privadas que consideren que el objetivo de garantizar un envejecimiento activo y saludable es uno de los mayores retos a los que nos enfrentamos en Europa”.



Health desde el inicio, y por ello nos ha llevado a acciones específicas en el 2018 que explicaré más adelante.

En el 2017, la formación en cascada tuvo el formato siguiente: como éramos conscientes de que se trataba de una metodología con la que no estaban familiarizados los profesionales del sector que habían adquirido los conocimientos (proporcionados en las dos primeras fases), organizamos en otoño unas sesiones específicas para aquellos profesionales que se brindaron a hacer partícipes de sus conocimientos a sus colegas en los centros en que trabajaban. Berta Roca, una psicopedagoga adscrita a la Facultad de Derecho, les enseñó a sentirse cómodos con esta metodología, que luego ellos implementaron en sendas sesiones en los centros, también con la ayuda de Berta Roca y con la presencia de algún miembro del equipo, como garantía de su utilidad efectiva y de los pros y cons del formato etc.

CUARTA FASE. Seminario Internacional y Conclusiones. Esta última fase del año 2017 tuvo lugar en noviembre en la Universidad de Barcelona, en la solemne Sala de Juntas, con la participación de nuestros partners en el Proyecto, así como de otros proyectos del EIT Health. Se trataba de compartir lo que habíamos hecho, de identificar sinergias, y buscar vías de interacción futuras, en cierta manera, como apuntamos después, de aplicar esa metodología de la experiencia entre pares a nuestros propios ámbitos. Por último, con la ayuda del EIT Health, y coordinados por otro partner, IESE *Business School*, incorporamos una breve cápsula formativa para mejorar las competencias de los integrantes de los proyectos, nuestras propias competencias

CODA DEL 2017. La implicación de la Fundació Pi i Sunyer. No puedo finalizar la crónica del 2017 sin mencionar nuestra relación con la *Fundació Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autonòmics i locals* (FPiS) <sup>12</sup>. La FPiS elabora con carácter bianual un informe sobre políticas públicas municipales, a partir de un Panel que hace llegar a todos los municipios con una población superior a los 10.000 habitantes y le pedimos que elaborase un Informe sobre la atención y las prioridades en relación con las personas mayores a partir de la información derivada de dicho Panel.

---

<sup>12</sup> FUNDACIÓ CARLES PI I SUNYER. (2018). Inici. Recuperado el 06/09/2018, de <https://es.pisunyer.org/>. Y me permite, en esta relación escalonada de agradecimientos, mencionar al profesor Jaume Magre, su director y a Leonardo Díaz (coordinador del Panel de Políticas Públicas Locales de la FPiS y del Banco de Buenas Prácticas) como interlocutores y garantes de unos resultados útiles, así como de una mayor difusión de nuestro proyecto. En este ámbito, el profesor Lluís Medir constituyó el enlace habitual.

El Informe (sobre este tema hay una ponencia específica) proporcionó algunas informaciones relevantes sobre el progresivo desplazamiento de las actividades de los municipios en relación con el segmento de población de mayor edad. Se advierte, pese a la crisis, un significativo incremento de inversiones en políticas de promoción del envejecimiento activo.

La colaboración con la FPiS se ha consolidado en el 2018, pues desde el proyecto CCentre hemos podido proponer preguntas específicas que se incorporan al nuevo panel -que contestan, no lo olvidemos, todos los municipios de Cataluña de más de 10.000 habitantes. Se tiene la confianza de que pueden proporcionar información útil sobre sus preocupaciones formativas, y de ese modo contribuir a la futura elaboración de materiales pedagógicos que puedan tener una utilidad real.

#### **2.4. El Proyecto en el 2018. Bloques de trabajo, objetivos y actividades**

Las actividades desarrolladas en el 2017 supusieron el asentamiento del Proyecto. Nos dieron a conocer entre los profesionales del sector y permitieron visibilizar nuestra manera de actuar y nuestros objetivos -y también hacer europeísmo, porque demasiado a menudo no somos conscientes de los esfuerzos de la UE, de su apuesta por la innovación y de su férreo seguimiento. También sentaron las bases de lo que, a nuestro juicio, ha de ser un conocimiento básico del envejecimiento activo -un punto de partida-, la propuesta del 2018 da por amortizada -o asentada- esa perspectiva holística, dando por hecho que todos ya somos conscientes de su relevancia para una “sociedad de todas las edades” y se centra en un tema específico “*A narrative approach to improve citizens' ageing and well-being*” que a día de hoy todavía resulta relativamente incipiente, en otras palabras, la irrupción de las narrativas como metodología de conocimiento dirigida a esa identificación y promoción del *wellbeing* de las personas mayores. Se es plenamente consciente de que la narrativa ha ido adquiriendo importancia en el modo en que las personas atribuyen sentido a la realidad que las rodea. La configuración y desarrollo de un itinerario narrativo-vivencial les permite dar significado a su experiencia, un significado que puede desplegar efectos positivos en su tratamiento. En otras palabras, en estos momentos se estima que la metodología narrativa se inscribe de manera eficaz en la implantación efectiva del modelo de ACP porque conocer las experiencias personales de las personas mayores e integrarlas en la práctica profesional y en sus

tratamientos redundan en su beneficio<sup>13</sup>.

El Proyecto del 2018 presenta una complejidad superior. Se ordena en dos bloques de trabajo, que a su vez se estructura en fases, las cuales en un momento dado (al final del año) se superponen. Un bloque se centra en la elaboración del Proyecto educativo vinculado a las narrativas, que se quiere facilitar a los profesionales sanitarios, como guía de actuación -y de descubrimiento, pues cada día somos más conscientes de la falta de información sobre la materia. El otro bloque identifica una serie de actividades formativas.

24.1. *Diseño de un producto educativo sobre narrativas, para el futuro uso de los profesionales sanitarios.*

Podemos diferenciar cuatro fases.

PRIMERA FASE. Elaboración del cuestionario-guía para la recopilación de las garantías entre las personas mayores, con el debate sobre los objetivos, metodología etc., que se bosqueja en un primer *meeting* en Amsterdam (12 de enero 2018) y que se construye a partir un primer *Draft* de la Universidad de Newcastle, enriquecido y debatido por diversas vías por los expertos que integran los *teams* de los otros partners.

SEGUNDA FASE. Recogida de la información, mediante entrevistas a personas mayores en diferentes centros de Barcelona (residencias, centros de día, y derivadas de la colaboración de voluntarios ligados a asociaciones de personas mayores). Esta misma operación está teniendo lugar en la Universidad de Leiden -con una tradición consolidada en esta metodología. También en la Universidad de Newcastle, si bien en este caso están obteniendo la información a partir de *focused groups* (no de entrevistas individuales, para poder cotejar metodologías). Sin obviar las actividades del grupo francés, muy activo, que también se sirve de los *focused groups*.

Estas entrevistas se analizan, criban, y se traducen al inglés, en aras a una mejor disección ulterior por el grupo de Newcastle, que siente los pilares del producto educativo. Entre tanto, tuvo lugar una reunión en la Universidad de Newcastle para debatir el desarrollo del proyecto y poder confiar en que el proceso de obtención de datos resultaba adecuado para lo que se pretendía.

---

<sup>13</sup> Para situarnos, VILLAR-RODRIGO SERRAT, F., "Changing the culture of long-term care through narrative care: Individual, interpersonal, and institutional dimensions", *Journal of Aging Studies*, vol.40, 2017, pp. 44-48.

TERCERA FASE. La etapa finaliza con un *Workshop* de los integrantes del proyecto los días 20 y 21 de septiembre, en la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona. Dicho *Workshop* se ha estructurado en dos partes, una primera, cerrada, en que los socios discutirán el *Draft* del producto educativo, a partir de la presentación de la Universidad de Newcastle; la segunda, abierta a una serie de expertos y profesionales en el ámbito del cuidado de las personas mayores (por ejemplo, pienso en los responsables de algunas residencias que desde el primer momento han colaborado con nosotros, como Prytanis -que merece un reconocimiento específico) pretende una ampliación de interlocutores. Por ello se ha invitado a expertos de diferentes ámbitos, para hacerles partícipes del estado de la cuestión (así, de la Fundación Bancaria “la Caixa” y del Ayuntamiento de Barcelona o las residencias mencionadas). También hemos invitado a académicos expertos en narrativas ajenos a nuestro *team*, para enriquecer el debate. Confiamos en afianzar las coordenadas del producto que estamos elaborando.

CUARTA FASE. Una Academia internacional de transferencia de resultados. Se trata de la *International Winter Academy*, que tendrá lugar en el CosmoCaixa los días 21, 22 y 23 de noviembre, bajo la rúbrica “*Words and Ageing*”, con el objetivo de debatir la metodología de las narrativas y cómo insertarla de manera real en la práctica de los profesionales de la salud. También se quieren poner en común experiencias exitosas de las que hemos tenido conocimiento (por ejemplo, la iniciativa *Mira, pensa, recorda*; *Positive Mental Health* o *Lego Serious Play*). A diferencia de la *Summer Academy* del 2017 quiere conjugar dos tipos de destinatarios -de ahí su diseño como formación/comunicación bilingüe. Por un lado, de nuevo, los profesionales sanitarios de nuestro país; por el otro, personas vinculadas al EIT Health en cualquier país de Europa.

#### 242 *Bloque formativo*

Aquí podemos diferenciar tres fases; la tercera se corresponde con la cuarta del bloque anterior, dado que en la *Winter Academy* confluyen las dos líneas de trabajo.

PRIMERA FASE. Formación en los Colegios profesionales que se traduce en una sesión, impartida por el profesor Feliciano Villar sobre la trascendencia de las narrativas en el modelo de la ACP. En concreto, a día de hoy están previstas sesiones en los Colegios de Enfermeras, Psicólogos, Educadores Sociales y Terapeutas Ocupacionales. También desarrollaremos algún tipo de presentación en el ICAB, si bien el formato podría ser diferente, focalizado en la formación de la Sección de Derechos de las personas mayores.

SEGUNDA FASE. Formación en la metodología de la formación en cascada, con el referente de las narrativas, como contenido sustantivo, pero desde la voluntad de centrarnos en las herramientas pedagógicas. Tras la acotada -pero satisfactoria- formación impartida el año 2017, en el 2018 se da un paso más aprovechando la implicación del ICE (*Institut de Ciències de l'Educació* de la Universidad de Barcelona)<sup>14</sup>. El ICE ha ampliado sus objetivos desde la voluntad de superar las coordenadas de formación que tradicionalmente se habían dirigido a los profesionales de la educación. Se pretende construir y desarrollar un módulo formativo dirigido ahora específicamente a los profesionales sanitarios como colectivo abstracto. He dicho que el objetivo es formar en una metodología pedagógica, lo que incluso supera el ámbito de las narrativas, pero estas se convierten en el material sobre el que construir las herramientas pedagógicas. En concreto, los objetivos de esa formación son: definir los requisitos para ofrecer una atención centrada en la persona en servicios sociales y sanitarios (1); destacar la contribución de las narrativas para la humanización del trato a las personas mayores y la atención social y sanitaria (2) e identificar las competencias y estrategias narrativas aplicables en contextos de atención social y sanitaria (3). Para ello hemos previsto cuatro sesiones durante el mes de noviembre en esta facultad.

TERCERA FASE. La *Winter Academy*, especialmente valiosa para quienes han seguido las anteriores fases.

CODA DEL 2018. Quiero apuntar, en este momento, que hemos obtenido la notificación, hace apenas una semana, de un incremento del presupuesto atribuido, destinado especialmente a potenciar las tareas de nuestro partner danés, la Universidad de Copenhague. Lo recalco porque su propuesta incidía en la aplicación/ concienciación de la metodología de las narrativas en el trato a las personas mayores en las políticas municipales danesas.

## **2.5. ¿Y en el 2019?**

Dado que todavía no hemos superado los retos del 2018, me parece casi pretencioso extenderme sobre el 2019. Ahora bien, como ya contamos con el beneplácito y la financiación del EIT Health para su ejecución, procede un esbozo, para completar el scanner del proyecto.

---

<sup>14</sup> INSTITUTO DE DESARROLLO PERSONAL; Universitat de Barcelona. (2018). Inici. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.ub.edu/ice/>. La interlocutora imprescindible, que se implicó desde el primer momento, fue la profesora Isabel Paula.

Queremos, en el 2019, seguir trabajando sobre narrativas en relación con la ACP, pero ahora reconociéndolas no solo de las personas mayores, sino también de sus allegados, intentado conseguir/construir una historia “en estéreo” -en línea, si se me permite la licencia, con los objetivos de historias narradas como *Rashômon*. Además -y está especialmente próximo a los cometidos de una facultad de derecho- buscar y asimilar historias de personas mayores *LGTBI*. Por último, redoblar la relación con las acciones de los profesionales ligados a los servicios municipales, a partir del análisis y diseminación de las experiencias danesas.

### **3. DERECHOS Y DERECHO DE LAS PERSONAS MAYORES**

Como anticipaba al inicio, mi intervención se desglosa en dos materias. La principal, presentarles el Proyecto, desde la confianza de que amplía nuestra perspectiva de la atención de futuro a las personas mayores y deja, también constancia de la preocupación de la UE. No amago un voluntarioso efecto colateral: incrementar su interés por el tema. Pero quería también, brevemente, mencionar la atención que el derecho presta a las personas mayores, y en concreto a su mejor tuición.

#### **3.1. Derechos y personas mayores: algunas iniciativas normativas**

La Constitución Española atiende a las personas mayores únicamente en relación con la garantía de las pensiones, en el art. 50, bajo la Rúbrica de los Principios Rectores: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad”.

Obviamente, otros preceptos son aplicables de manera específica, en su condición de sujetos de derecho, pero atendiendo a su situación vale la pena mencionar el art. 14, la prohibición de discriminación: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”, aunque debemos señalar que, a diferencia de otros textos, no hay una mención expresa a la edad como criterio discriminatorio, si bien se deduce incontrovertidamente de “otra condición o circunstancia personal o social”.

El Estatuto de Cataluña ya incorpora un artículo específico: “Las personas mayores tienen derecho a vivir con dignidad, libres de explotación y de malos tratos, sin que puedan ser discriminadas debido a su edad” (art. 18).

La redacción es clara -más ambiciosa-, se persigue ir más allá de la estricta atención a las pensiones –la suficiencia económica-, y ubicado sistemáticamente en el Título I “Derechos, deberes y principios rectores”, cap. I “Derechos y deberes del ámbito civil y social”.

Debemos relacionarlo con otro precepto, a día de hoy determinante: el art. 25 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE: “La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural<sup>15</sup>”. Pero también con el Artículo 21.1: “Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color (...) discapacidad, edad...”.

¿Qué debemos destacar de la redacción del art. 25? A nuestro juicio, la conexión secuencial ente vida “digna” y vida “independiente”. Así configurado, tiene un precedente claro en el art. 23 de la Carta Social Europea (“Derecho de las personas de edad avanzada a protección social”)<sup>16</sup>.

El art. 25 integra los siguientes aspectos:

- “(1) prohibición de toda forma de discriminación atendiendo a la edad,
- (2) derecho de las personas mayores a acceder al empleo y a la formación,
- (3) derecho a beneficiarse de medios suficientes,
- (4) derecho a permanecer el mayor tiempo posible en su entorno habitual,
- (5) derecho al acceso a los servicios de sanidad”<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> MANGAS MARTÍN, A. (dir.) GONZÁLEZ ALONSO, L. N., (coord.), *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea: Comentario artículo por artículo*, Bilbao, Fundación BBVA, 2008.

<sup>16</sup> Artículo 2. Derecho de las personas de edad avanzada a protección social. “Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las personas de edad avanzada a protección social, las Partes se comprometen a adoptar o a promover, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas apropiadas orientadas, en particular:

- a permitir que las personas de edad avanzada sigan siendo miembros plenos de la sociedad durante el mayor tiempo posible, mediante: a. recursos suficientes que les permitan llevar una vida digna y participar activamente en la vida pública, social y cultural; b. la difusión de información sobre servicios y facilidades a disposición de las personas de edad avanzada, y las posibilidades que éstas tienen de hacer uso de ellos; - a permitir a las personas de edad avanzada elegir libremente su estilo de vida y llevar una existencia independiente en su entorno habitual mientras lo deseen y les sea posible hacerlo, mediante: a. la disponibilidad de viviendas adaptadas a sus necesidades y a su estado de salud o de ayudas adecuadas para la adaptación de su vivienda; b. la asistencia sanitaria y los servicios que requiera su estado;
- a garantizar a las personas de edad avanzada que vivan en instituciones la asistencia apropiada, respetando su vida privada, y la participación en las decisiones que afecten a sus condiciones de vida en la institución”.

<sup>17</sup> RÉSEAU UE D’EXPERTS INDÉPENDANTS EN MATIÈRE DE DROITS FONDAMENTAUX. (2006). Commentary of the Charter of Fundamental Rights of the European Union. Recuperado el 10/09/2017 de <https://sites.uclouvain.be/cridho/documents/Download.Rep/NetworkCommentaryFinal.pdf>, pp. 217 ss.

Por último, dos apuntes “globales”. En primer lugar, los “Principios de las Naciones Unidas para las personas mayores”, que la Asamblea General adoptó el 16 de diciembre de 1991<sup>18</sup>. Son 18 principios estructurados en 5 bloques (Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad) a tener en cuenta en cualquier análisis de los derechos de las personas mayores. Vale la pena mencionar aquí el número 14, porque incide directamente en los postulados del Proyecto CCentre:

“Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida”.

A día de hoy, se está trabajando sobre una Declaración parangonable a la de los Derechos del Niño (1989) o el Convenio de Nueva York del 2006 (discapacitados), pero sin que se espere una visibilización próxima<sup>19</sup>. En segundo lugar, la “Convención Iberoamericana de Protección de los Derechos de las personas mayores”, vocada a ser material imprescindible, pese a que no vislumbremos -quizás desde el desconocimiento- consecuencias prácticas próximas<sup>20</sup>.

### 3.2. Voz y dignidad

En el ámbito del derecho, en el 2014 y ante la asociación de abogados en Derecho de las personas mayores, un juez americano se preguntaba por el significado de la dignidad en relación con ese colectivo<sup>21</sup>. Evidentemente, el concepto de dignidad es consustancial a los seres humanos, pero si atendemos a las personas mayores específicamente, identificamos tres manifestaciones de la dignidad:

<sup>18</sup> Punto de partida: “*Old persons should be able to enjoy human rights and fundamental freedoms when residing in any shelter, care or treatment facility, including full respect for their dignity.*”

<sup>19</sup> Queremos mencionar también las iniciativas: THE GLOBAL ALLIANCE FOR THE RIGHTS OF OLDER PEOPLE. (2015). In our own words. What older people say about discrimination and human rights in older age: A consultation by the Global Alliance for the Rights of Older People. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.rightsofolderpeople.org/wp-content/uploads/2015/03/In-Our-Own-Words-2015-English.pdf>.

Véase también: HELP AGE INTERNATIONAL. (2018). Towards a UN Convention on the rights of older people. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.helpage.org/what-we-do/rights/towards-a-convention-on-the-rights-of-older-people/>.

<sup>20</sup> ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (2015). Recuperado el 06/09/2018, de [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf).

<sup>21</sup> MCLACHLIN B., “Human Dignity at Any Age: The Law 's Response to an Aging Population”, *The Journal of International Aging Law & Policy*, vol.6, 2013.



- “1. Vivir libre de discriminaciones [igualdad]
2. Vivir en la seguridad [seguridad]
3. Vivir como un ser humano autónomo [autonomía]”<sup>22</sup>.

El sesgo cultural a favor de los jóvenes comporta discriminaciones -conscientes e inconscientes- respecto de los mayores. Para ello, demos un paso más, aparece como requisito *sine qua non* escucharlos.

Hemos señalado que no existe todavía un instrumento general sobre derechos de las personas mayores, a diferencia de la Declaración de los Derechos del Niño de 1989 o del Convenio de Nueva York del 2006. Es un reto del que se habla, pero, insistimos, sin poder identificar la consecución -y menos aprobación- de un instrumento. Ahora bien, la atención a otros colectivos puede dar pautas de análisis. Así, recurrentemente se establecen diferencias y concomitancias entre la protección de las personas mayores y la infancia<sup>23</sup>. Ambos grupos tendrían un rasgo común en cuanto a la restricción de su autonomía, entendida como capacidad para decidir por sí mismos, aunque los puntos de partida difieren: lo que se pretende en los menores es el desarrollo progresivo de su capacidad, en tanto que en las personas mayores el derecho a la autonomía se presupone (la plena capacidad de obrar solo se destruye mediante la incapacitación, aunque ahora se estén buscando expedientes menos intrusivos).

El interés añadido del cotejo que en ningún caso ha de llevar a hablar -neciamente- del progresivo infantilismo de las personas mayores a medida que pierden su capacidad para gobernarse por sí mismos radica en “la atención a la voz de los sujetos concernidos”. Preciso. De los menores, se dice machaconamente, el derecho a ser escuchados (el derecho de audiencia) es el derecho/facultad (instrumental) determinante para la satisfacción del principio que debe presidir cualesquiera cuestiones que les afecten: el principio del interés superior del menor. Baste recordar, como muestra, el art. 7 de la Ley catalana 14/2010, de 27 de mayo, de los “Derechos y Oportunidades de la Infancia y la Adolescencia”<sup>24</sup> (en conexión con el art. 5, “El interés superior del niño o el adolescente”):

---

<sup>22</sup> *Ibid.*, p.116.

<sup>23</sup> Existe la consolidación del concepto de vulnerabilidad, aunque en relación con la tercera edad está cristalizando otra noción: la fragilidad.

<sup>24</sup> BOE, núm. 156, de 28/06/2010.

- “1. Los niños y los adolescentes, de acuerdo con sus capacidades evolutivas y con las competencias alcanzadas, y en cualquier caso a partir de los doce años, deben ser escuchados tanto en el ámbito familiar, escolar y social como en los procedimientos administrativos o judiciales en los que se encuentren directamente implicados y que conduzcan a una decisión que afecte a su entorno personal, familiar, social o patrimonial.
2. Los niños y los adolescentes pueden manifestar su opinión por sí mismos o mediante la persona que designen.
3. En el ejercicio del derecho a ser escuchado deben respetarse las condiciones de discreción, intimidad, seguridad, recepción de apoyo, libertad y adecuación de la situación”.

¿Podemos hablar de ese “derecho de audiencia” de los mayores, con independencia de su capacidad de autogobierno? Está claro que desde una ACP -que en esta acepción excede lo sanitario- debemos pensar en alguna manera de plasmar, reconocer, garantizar, dicho derecho, porque la clave del mejor envejecimiento va ligada a la atención a los deseos y realidades de sus protagonistas, a la no cosificación tuitiva y empobrecedora.

### **3.3. ¿Cómo articular un Elder Law?**

Probablemente el mejor pistoletazo de salida, pese a las críticas habituales a la inflación normativa, lo constituiría una ley específica de las personas mayores. Existen precedentes de más de cincuenta años, como la *Older American Law* (1965) y otras leyes mucho más recientes, como la francesa *Loi 2015/1776*, de 28 de diciembre, “*Relative à l’adaptation de la société au vieillissement*”, en vigor desde el 1 de enero del 2016 -con contenidos francamente diversos, pero ambiciones similares- y, a nivel internacional, la Convención Iberoamericana es especialmente valiosa.

En España, no encontramos leyes específicas, más allá de la interesante Ley andaluza 6/1999, de 7 de julio, de “Atención y Protección a las Personas Mayores” -advírtase que es de 1999-, aunque las personas mayores han sido objeto de atención singular en leyes de servicios sociales, etc. Queremos subrayar que la célebre “Ley de la Dependencia” tiene como rúbrica exacta Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, pero el eje es la atención a esas personas, no una reflexión/implementación real de esa “promoción de la autonomía personal”. Es verdad

que en relación con el derecho de familia aparecen referencias a las personas mayores<sup>25</sup>, y que en otros ámbitos de derecho administrativo o penal (abusos) por supuesto se estudian, pero fuera bueno una reagrupación material y conceptual de contenidos, para procurar una visión más allá de las categorías clásicas, una visión transversal, pero también desde una ACP.

Tampoco encontramos en los grados de derecho asignaturas específicas -o institucionalizadas- sobre la tercera edad, más allá de iniciativas singulares. Posiblemente esta situación podría cambiar a partir de una apuesta explícita de la conferencia de las facultades de derecho y/o de los colegios de abogados. Lo apunto recordando que desde 1985 la Asociación de Facultades de Derecho Americanas cuenta con una sección “*On Aging and the Law*” y en la actualidad los abogados pueden recibir una acreditación en *Elder Law* procedente de la *National Elder Law Foundation*<sup>26</sup>.

### **3.4. Última coda. Un mecanismo de resolución de conflictos para dar voz: la mediación**

En los últimos años, nuestro país ha impulsado, desde diferentes ámbitos, los mecanismos de resolución de conflictos no jurisdiccionales, los denominados en su momento “*Alternative Dispute Resolution*”, cuyo acrónimo, ADR, muchos prefieren traducir por “*Appropriate Dispute Resolution*”. La concienciación va ligada a la perseverante apuesta de la UE, porque los tribunales no son los organismos óptimos para la resolución adecuada de según qué conflictos. Es un debate que, evidentemente, excede las coordenadas de la tercera edad, pero queremos destacar que la mediación es un procedimiento especialmente adecuado para los conflictos vinculados a aquella, y en el que la atención a la “voz” de las personas mayores tiene un protagonismo nuclear.

Justamente, en el trabajo elaborado conjuntamente por la *American Bar Association* y la *American Psychological Association*<sup>27</sup>, el primero de los *emerging issues* era la participación de las personas mayores en los procesos de mediación.

<sup>25</sup> HERRING, J., “Family law and older people in a European perspective”, en Jens M.Scherpe (ed.), *European Family Law*. vol.3 (*Family Law in a European Perspective*), Cheltenham, Edward Elgar, 2016, pp. 341-367.

<sup>26</sup> NATIONAL ELDER LAW FOUNDATION. (2018). Homepage. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.nelf.org/>.

<sup>27</sup> AMERICAN BAR ASSOCIATION, COMMISSION ON LAW AND AGING – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2008). *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists*. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.apa.org/pi/aging/programs/assessment/capacity-psychologist-handbook.pdf>.

La convicción de la utilidad de la mediación para ese empoderamiento de las personas mayores dio lugar a la organización de un taller en la *Summer Academy*, como ya hemos apuntado<sup>28</sup>. No podíamos acabar esta intervención sin recordarlo.

---

<sup>28</sup> La responsable fue Immaculada Armandans, profesora de la UB, que había sido coordinadora de un proyecto de investigación sobre la cuestión, el cual dio lugar al informe: ARMADANS, I. (2007). La mediación como instrumento de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes. Recuperado el 06/09/2018, de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi110\\_06ubarna.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi110_06ubarna.pdf).

## REFERENCIAS

- AMERICAN BAR ASSOCIATION, COMMISSION ON LAW AND AGING – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2008). Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.apa.org/pi/aging/programs/assessment/capacity-psychologist-handbook.pdf>.
- ARMADANS, I. (2007). La mediación como instrumento de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes. Recuperado el 06/09/2018, de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi110\\_06ubarna.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi110_06ubarna.pdf).
- EIT EUROPA. (2018). Homepage. Recuperado el 06/09/2018, de <https://eit.europa.eu/>.
- EIT HEALTH. (2018). CCentre. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.eithealth.eu/ccentre>.
- EIT HEALTH. (2018). Homepage. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.eithealth.eu/>. Así se presenta, escuetamente, en la web: “*to contribute to increasing the competitiveness of European industry, improve the quality of life of Europe’s citizens and the sustainability of healthcare systems*”.
- FUNDACIÓ CARLES PI I SUNYER. (2018). Inici. Recuperado el 06/09/2018, de <https://es.pisunyer.org/>.
- FUNDACIÓN MATIA. (2015). Cuadernos Envejecimiento en red. Recuperado el 06/09/2018, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>.
- GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, V. (2016/2017). Atención centrada en la persona: una nueva tendencia en la provisión de cuidados. Recuperado el 06/09/2018, de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11737/Guti%20E9rrez%20Mart%20ED%20Virginia.pdf?sequence=4>.
- HELP AGE INTERNATIONAL. (2018). Towards a UN Convention on the rights of older people. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.helpage.org/what-we-do/rights/towards-a-convention-on-the-rights-of-older-people/>.
- HERRING, J., “Family law and older people in a European perspective”, en Jens M.Scherpe (ed.), *European Family Law*. vol.3 (*Family Law in a European Perspective*), Cheltenham, Edward Elgar, 2016, pp. 341-367.
- INSTITUTO DE DESARROLLO PERSONAL; Universitat de Barcelona. (2018). Inici. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.ub.edu/ice/>.
- MANGAS MARTÍN, A. (dir.) GONZÁLEZ ALONSO, L. N., (coord.), *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea: Comentario artículo por artículo*, Bilbao, Fundación BBVA, 2008.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, M.T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios Gerontológicos. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>.

MCLACHLIN B., "Human Dignity at Any Age: The Law 's Response to an Aging Population", *The Journal of International Aging Law & Policy*, vol.6, 2013.

NATIONAL ELDER LAW FOUNDATION. (2018). Homepage. Recuperado el 06/09/2018, de <https://www.nelf.org/>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el 06/09/2018, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1).

RÉSEAU UE D'EXPERTS INDÉPENDANTS EN MATIÈRE DE DROITS FONDAMENTAUX. (2006). Commentary of the Charter of Fundamental Rights of the European Union. Recuperado el 10/09/2017 de <https://sites.uclouvain.be/cridho/documents/Download.Rep/NetworkCommentaryFinal.pdf>.

THE GLOBAL ALLIANCE FOR THE RIGHTS OF OLDER PEOPLE. (2015). In our own words. What older people say about discrimination and human rights in older age: A consultation by the Global Alliance for the Rights of Older People. Recuperado el 06/09/2018, de <http://www.rightsofolderpeople.org/wp-content/uploads/2015/03/In-Our-Own-Words-2015-English.pdf>.

VILLAR-RODRIGO SERRAT, F., "Changing the culture of long-term care through narrative care: Individual, interpersonal, and institutional dimensions", *Journal of Aging Studies*, vol.40, 2017, pp. 44–48.

# **POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPALES DE PERSONAS MAYORES: GESTIONANDO EL ENVEJECIMIENTO DE LAS CIUDADES Y MUNICIPIOS PARA UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES**

CRISTINA ASTIER, ANDER ERRASTI Y LAIA TEJADA



Como citar:

Astier, C., Errasti, A. y Tejada, L. (2018). “Políticas públicas municipales de personas mayores: gestionando el envejecimiento de las ciudades y municipios para una sociedad para todas las edades”. En *Retos científicos, jurídicos y sociales relacionados con el envejecimiento en Cataluña y en España*. TransJus Working Papers Publication - Edición Especial (N. 6/2018, pp. 71-92).

---

**SUMARIO:** 1. El reto europeo del envejecimiento y su gestión desde el paradigma del Envejecimiento Activo y Saludable; 1.1 Envejecimiento e inversión de la pirámide demográfica; 1.2 El paradigma del envejecimiento activo y la concepción de la vejez; 2. El reto de superar el edadismo: definición normativa y datos del ámbito municipal en Catalunya; 2.1 El edadismo como (nueva) forma de discriminación; 2.2 Evolución y tendencia de las políticas municipales en la gestión del envejecimiento; 3. Transformando los sistemas de salud mediante la técnica de los cuidados narrativos: un paso más hacia la superación efectiva del edadismo; 3.1 Qué son las narrativas y cómo se aplican en sistemas de salud locales y regionales; 3.2 Las actividades de CCentre: hacia un envejecimiento activo y bienestar centrado en la ciudadanía; 3.2.1 Un ejemplo de implementación de cuidados narrativos en entornos sociosanitarios; 3.2.2 Formación en cascada y mejora de la eficiencia para profesionales de la salud.

---

**RESUMEN:** El proyecto *européo Ccentre: a Narrative Approach to Improve Citizen's Ageing and Well-Being*, financiado por el EIT Health (European Institute of Innovation and Technology), tiene como objetivo principal formar a los profesionales que trabajan con personas mayores desde el conocimiento basado en evidencia. Para ello, el proyecto Ccentre se ha servido, en primer lugar, de un diagnóstico sobre las tendencias de envejecimiento de la población y cambio demográfico, tanto en Europa como en el mundo. Por otra parte, el análisis de dicho diagnóstico revela que prejuicios como el edadismo, es decir, la discriminación por razón de edad, impiden una gestión eficiente del cambio demográfico, así como una disminución en la innovación en lo que se refiere a servicios para personas mayores. En este sentido, el proyecto Ccentre, junto con la Fundació Carles Pi i Sunyer, ha realizado el informe "Polítiques Municipals de gent gran. Reptes per a un model de gestió de l'envelliment actiu". Este informe ha permitido identificar las necesidades de gestión del envejecimiento. Por último, y como respuesta tanto al diagnóstico como a los datos obtenidos en el informe realizado a municipios de Catalunya de más de 10.000 habitantes, el proyecto Ccentre presenta su perspectiva innovadora. Esta nueva perspectiva, que pretende dar respuesta a las necesidades surgidas de un nuevo escenario demográfico, se centra en un uso eficiente de la atención centrada en la persona. Para ello, el proyecto Ccentre propone aplicar la metodología de formación en narrativas al ámbito sociosanitario. El objetivo es mejorar la atención sociosanitaria de las personas mayores situando sus necesidades y deseos en el centro del cuidado, completando así su perfil su historia médica. Esta información repercutirá en servicios más personalizados, con un mejor uso de los recursos y, por lo tanto, y en último término, en sistemas sociosanitarios más eficientes.

**PALABRAS CLAVE:** envejecimiento, salud, edadismo, Catalunya, Proyecto Europeo Ccentre.

---

**RESUM:** El projecte *européu Ccentre: a Narrative Approach to Improve Citizen's Ageing and Well-Being* finançat pel EIT Health (European Institute of Innovation and Technology), té com a objectiu principal formar als professionals que treballen amb persones de la tercera edat des del coneixement basat en l'evidència. Per a això, el projecte Ccentre s'ha servit, en primer lloc, d'un diagnòstic sobre les tendències d'envelliment de la població i canvi demogràfic, tant a Europa com al món. D'altra banda, l'anàlisi d'aquest diagnòstic revela que prejudicis com l'edatisme és a dir, la discriminació per raó d'edat, impedeixen una gestió eficient del canvi demogràfic, així com una disminució en la innovació pel que fa a serveis per a persones majors. En aquest sentit, el projecte Ccentre, juntament amb la Fundació Carles Pi i Sunyer, ha realitzat l'informe "Polítiques Municipals de gent gran. Reptes per a un model de gestió de l'envelliment actiu". Aquest informe ha permès identificar les necessitats de gestió de l'envelliment. Finalment, i com a resposta tant al diagnòstic com a les dades obtingudes en l'informe realitzat a municipis de Catalunya de més de 10,000 habitants, el projecte Ccentre presenta la seva perspectiva innovadora. Aquesta nova perspectiva, que pretén donar resposta a les necessitats sorgides d'un nou escenari demogràfic, se centra en un ús eficient de l'atenció centrada en la persona. Per a això, el projecte Ccentre proposa aplicar la metodologia de formació en narratives a l'àmbit sociosanitari. L'objectiu és millorar l'atenció sociosanitària de les persones grans situant les seves necessitats i desitjos al centre de la cura, completant així el seu perfil el historial mèdic. Aquesta informació repercutirà en serveis més personalitzats, amb un millor ús dels recursos i, per tant, i en últim terme, en sistemes sociosanitaris més eficients.

**PARAULES CLAU:** envelliment, salut, edatisme, Catalunya, Projecte Europeu Ccentre.

---

**ABSTRACT:** The European Project Ccentre: a Narrative Approach to Improve Citizen's Ageing and Well-Being, funded by the EIT Health (European Institute of Innovation and Technology), has as its main objective to train professionals working with older people through evidence-based knowledge. To this end, the Ccentre project has used, firstly, a diagnosis of trends in population ageing and demographic change, both in Europe and in the world. On the other hand, the analysis of this diagnosis reveals that prejudices such as ageism, that is to say, discrimination on the grounds of age, prevents an efficient management of the demographic change, as well as a decrease in innovation with regard to services for the elderly. In this sense, the Ccentre project, together with the Fundació Carles Pi i Sunyer, has produced the report "Polítiques Municipals de gent gran. Reptes per a un model de gestió de l'envelliment actiu". This report has made it possible to identify the ageing management needs. Finally, and as a response to both the diagnosis and the data obtained in the report made to municipalities in Catalonia of more than 10,000 inhabitants, the Ccentre project presents its innovative perspective. This new perspective, which aims to respond to the needs arising from a new demographic scenario, focuses on an efficient use of person-centred care. To this end, the Ccentre project proposes to apply the training methodology to the socio-health field. The aim is to improve the socio-health care of the elderly by placing their needs and wishes in the centre of care, thus completing their medical history profile. This information will result in more personalised services, with better use of resources and, ultimately, in more efficient social and health systems.

**KEY WORDS:** ageing, health, ageism, Catalonia, European Project Ccentre.

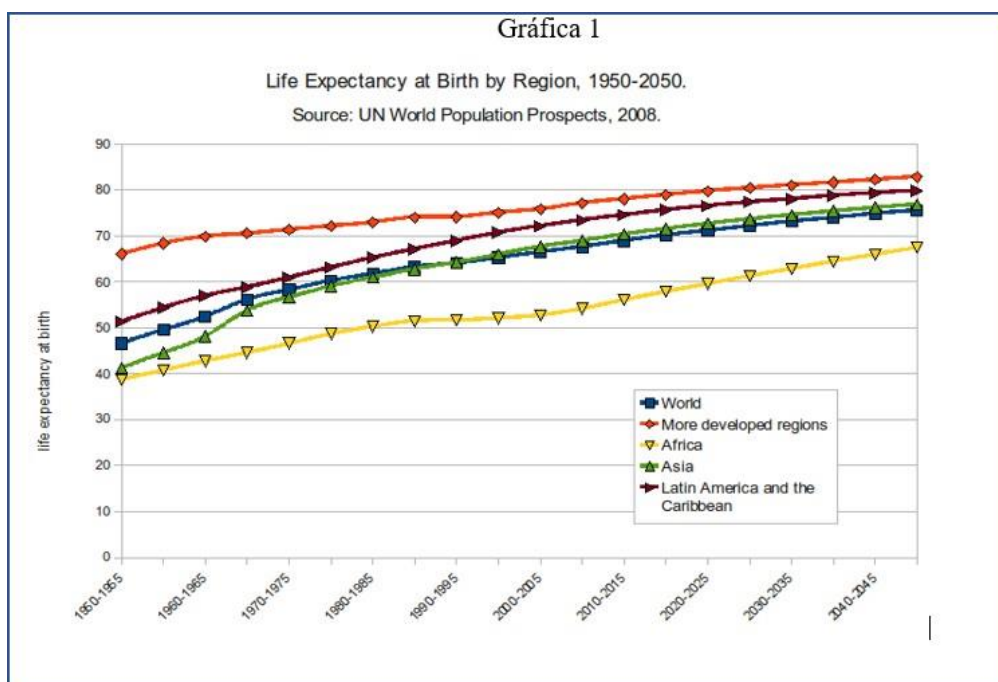


## 1. EL RETO EUROPEO DEL ENVEJECIMIENTO Y SU GESTIÓN DESDE EL PARADIGMA DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

En 2020, y por primera vez en la historia de Europa, se pronostica que el número de personas mayores de sesenta años será mayor que el número de personas menores de veinticinco años. De acuerdo con estos datos, la oportunidad para vivir una vida larga es mayor que nunca, y hoy en día muchas personas son capaces de vivir esa vida larga de manera saludable, durante un número de años significativo.

En el caso de la Unión Europea (UE), y de acuerdo con los datos del EUROSTAT, la esperanza de vida tanto para mujeres como para hombres en los 28 países de la UE ha crecido, de media, diez años en los últimos cincuenta. En concreto, entre los años 2002 y 2013 la esperanza de vida ha aumentado, de media, casi tres años. De acuerdo con estos datos, la esperanza de vida media en la UE en el año 2002 era de 77,7 años, mientras que ya en el 2013 era de 80,6. Este cambio demográfico sin precedentes crea una nueva situación para Europa, es decir, la inversión de la pirámide poblacional genera uno de los mayores retos a los que tiene que enfrentarse la UE.

La pregunta que debemos plantearnos es si podemos transformar esta situación demográfica nueva en una oportunidad para la UE.



Gráfica 1: Esperanza de vida por región, 1950- 2050. Fuente: UN World Population Prospects, 2008.

En paralelo, las personas mayores en Europa prefieren mantener el máximo control posible sobre sus vidas durante todas las fases de envejecimiento. Sin embargo, la pérdida de capacidades funcionales puede llevar a dificultar e incluso a impedir que se materialice esa preferencia sin asistencia. Es decir, hacer efectivo el deseo de conservar el control, la independencia y la dignidad debe compaginarse con la correspondiente prestación del cuidado y la asistencia necesarios. Por ello, para ser capaces de preservar estos deseos -que hay que convertir en objetivos- es necesario proveer a las personas que trabajan en el campo del envejecimiento activo y saludable de herramientas que les permitan contribuir a mejorar la atención sanitaria de las personas mayores. Además, estas nuevas herramientas deben centrarse en el refuerzo de la independencia y atendiendo prioritariamente a las necesidades y expectativas de las personas mayores.

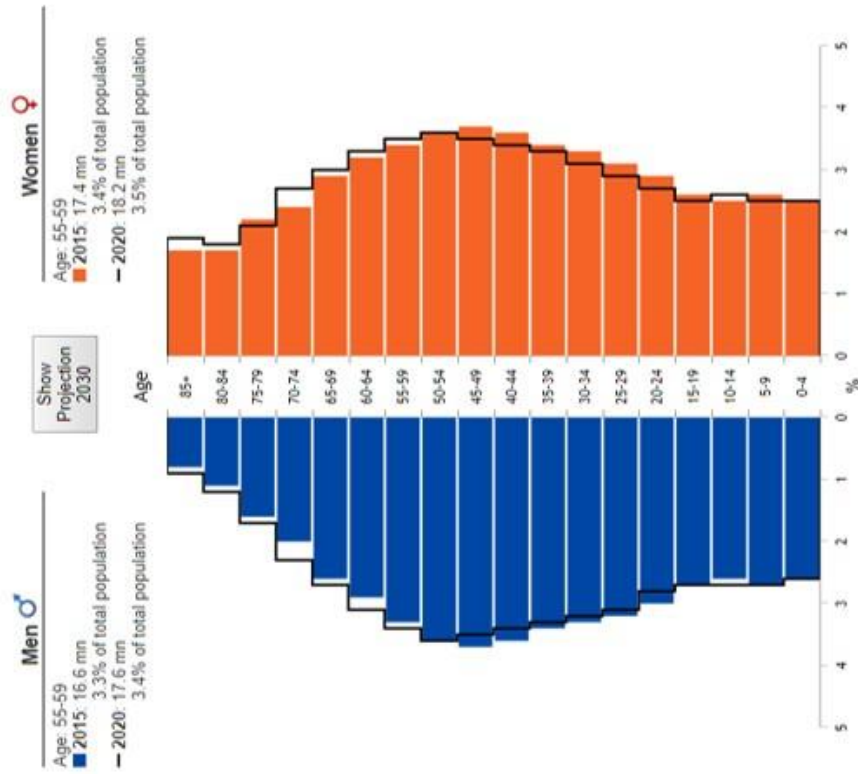
Ante estas dos realidades estrictamente ligadas, el paradigma del denominado envejecimiento activo y saludable tiene como uno de sus objetivos nucleares el empoderamiento de las personas mayores. Por una parte, esto genera nuevas necesidades de formación para los profesionales sociosanitarios y por otra implica el desarrollo de nuevas herramientas necesarias para mejorar la gestión institucional del envejecimiento: investigaciones sobre envejecimiento, políticas públicas de transporte, vivienda o participación, desarrollo tecnológico, etc. En ese sentido, la inclusión del paradigma del envejecimiento activo y saludable determina el desarrollo de las sociedades europeas y sus ciudadanos.

### **1.1. Envejecimiento e inversión de la pirámide demográfica**

Como se ha visto en la gráfica 1, prácticamente todos los países del mundo se encuentran sujetos a grandes cambios demográficos. Mientras los así llamados países desarrollados han presenciado el envejecimiento de sus respectivas poblaciones a lo largo del pasado siglo, la población de los países menos desarrollados -o en vías de desarrollo- ya ha empezado a experimentar ese mismo proceso que está previsto que se equipare en el largo plazo. Así, en el año 2050 se espera que, en el mundo, 1500 millones de personas sean mayores de 60 años, de los cuales 1200 millones vivirán en países de territorios en vías de desarrollo y 300 millones en países desarrollados.

## Gráfica 2

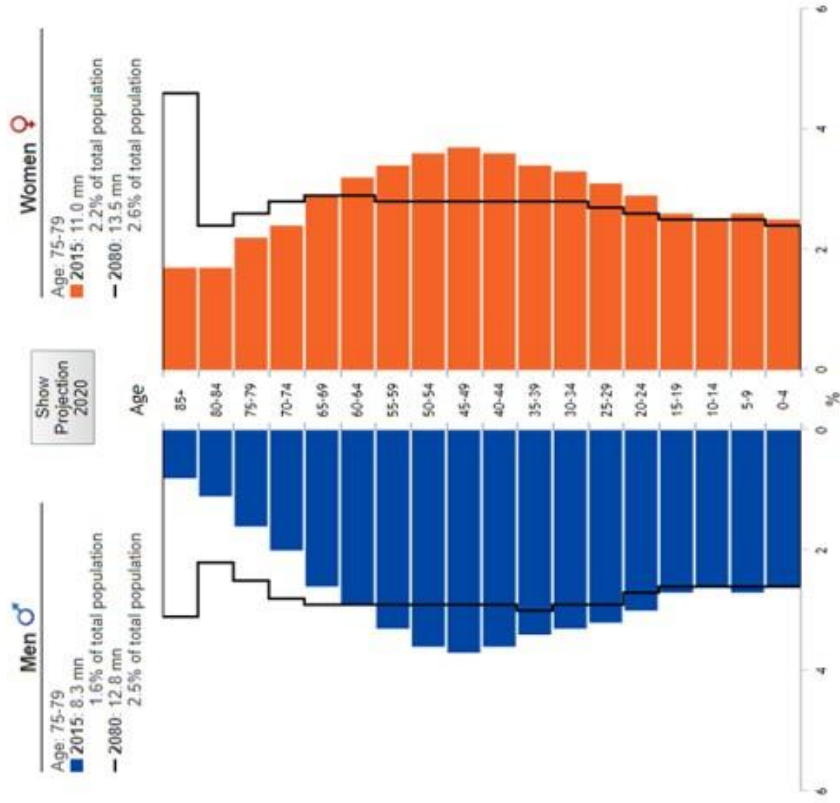
Population in the European Union (EU28),  
in 2015 & 2020



Source: Eurostat, Population statistics. Data for 2015 refer to "Population on 1 January 2015"; data on population projections come from the EUROPOP2013 (European Population Projections, base year 2013).

## Gráfica 3

Population in the European Union (EU28),  
in 2015 & 2080



Source: Eurostat, Population statistics. Data for 2015 refer to "Population on 1 January 2015"; data on population projections come from the EUROPOP2013 (European Population Projections, base year 2013).

Asimismo, en el año 2050, las personas que hayan alcanzado los 60 años en regiones más desarrolladas tendrán la oportunidad de vivir, de media, 20 años más en el caso de los hombres y 24 años más en el caso de las mujeres. El envejecimiento individual y de la población está modificando el modo en que se concibe a las personas mayores, así como el modo en que ellas se ven a sí mismas, la composición de los mercados, las estructuras familiares, las políticas y las estructuras normativas públicas de la vida social (educación, empleo, pensiones, etc.) o el desarrollo cultural e identitario, por citar algunos ejemplos.

La Comisión Europea, consciente de la relevancia del cambio demográfico y de sus consecuencias, lo incorporó como uno de los tres ejes centrales de la Agenda Social junto con el progreso tecnológico y la globalización. La población mayor de 65 años es uno de los segmentos poblacionales que ha presentado un mayor aumento entre las poblaciones mundiales del pasado siglo, especialmente si nos centramos en los mayores de 80 años. Una transformación que se ve reflejada en las estimaciones realizadas por el EUROSTAT de cara al periodo 2015-2080 (gráficas 1 y 2). Por citar varios ejemplos significativos:

1. En 1997 la población europea mayor de 65 años representaba el 15,3% de la población total de la UE de los 27. En 2010 alcanzaron el 17,4%.
2. A lo largo de las últimas décadas, la edad media de la población europea creció en prácticamente tres años, elevándose de los 39,5 años en 2005 a los 42,4 en 2015.
3. Está previsto que en el año 2080 la UE tenga 63,8 millones de habitantes mayores de 80 años (37,1 millones más que en 2015).

Si tenemos en cuenta la heterogeneidad de este colectivo estos datos resultan más significativos si cabe. Ante esta realidad, implementar y actualizar un paradigma capaz de abordar de forma eficaz, justa, e inclusiva el reto del cambio demográfico, en todas sus dimensiones y expresiones geográficas, resulta ineludible.

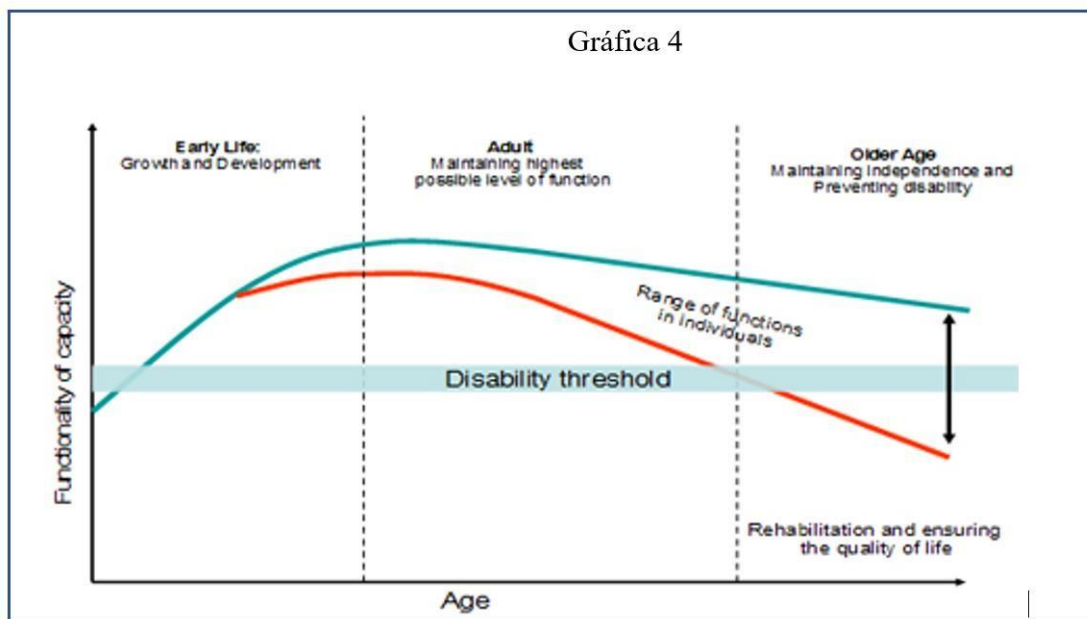
## **1.2. El paradigma del envejecimiento activo y la concepción de la vejez**

La definición de “envejecimiento activo y saludable” ha estado en permanente actualización. La propuesta más reciente, aprobada en 2016 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se podría sintetizar en cuatro puntos:

1. Envejecimiento como proceso: permite optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad a fin de promover la calidad de vida conforme se va envejeciendo.

2. Envejecimiento como posibilidad: permite a las personas asumir su potencial para el bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida.
3. Activo más allá de los condicionantes físicos: la participación continuada en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, más allá del hecho de continuar físicamente activo o participar en el mercado laboral.
4. Saludable en sentido amplio: el término saludable implica el bienestar físico, mental y social de las personas.

Esta nueva visión del envejecimiento se ha agrupado bajo el concepto de “Envejecimiento Activo y Saludable” (AHA, en sus siglas en inglés). Este planteamiento sostiene que el incremento de la esperanza de vida debe ir acompañado de un incremento de años de vida activos y saludables. En este sentido, el envejecimiento activo y saludable está estrechamente ligado a la conceptualización de los Años de Vida Saludables (HLY, en sus siglas en inglés). El indicador HLY se usa para medir la esperanza de vida libre de discapacidades. Está basado en las limitaciones en las actividades diarias y, por lo tanto, mide el número de años restantes que una persona puede esperar vivir sin discapacidad. Por lo tanto, una persona con discapacidad(es) puede envejecer de forma activa y saludable. No obstante, el objetivo del HLY es, precisamente, retrasar al máximo la aparición discapacidad(es). Es decir, retrasar los factores que evitan poder mantener un envejecimiento activo y saludable.



Gráfica 4: Funcionalidad de la capacidad según edad. Fuente: Gráfica presentada por el profesor Jean-Pierre Michel en la SiforAGE International Conference 2016, utilizada con permiso expreso de su autor.

La aplicación de este paradigma pasa por asumir que el proceso de envejecimiento es un proceso que abarca toda la vida. No en vano, el paso a la vejez no está predeterminado por la edad, sino por un cúmulo de factores que son progresivos y acumulativos (ver gráfica 4). Estas circunstancias pueden ser físicas (deterioro, fragilidad, enfermedad, etc.), culturales (puntos de transición como la graduación, el matrimonio, la paternidad/maternidad, etc.) o basados en estándares laborales (empleo y jubilación).

A pesar de que la percepción generalizada considere que el envejecimiento es el resultado del paso del tiempo vinculado a los determinantes genéticos fijos, el proceso de envejecimiento está en mayor medida condicionado por otros factores que condicionan y modifican nuestra genética. Prueba de ello son aquellos individuos que con idéntica estructura genética y edad biológica afrontan distintos procesos de envejecimiento. Además, estas expresiones genéticas modificables pueden llegar a determinar en un 75% el devenir del proceso de envejecimiento, siendo los factores más relevantes: las características del país de origen, la cultura y religión del individuo, las decisiones sociopolíticas o el contexto ambiental. Concretamente, las relaciones sociales, el apoyo social, o aspectos prácticos como los hábitos alimenticios, de sueño, el entorno laboral, la vivienda, el empleo, los servicios de salud y bienestar, etc. pueden condicionar más que los factores genéticos fijos como la edad, el sexo y elementos genéticos hereditarios.

Por lo tanto, el desafío real de esta revolución sociodemográfica sin precedentes es la necesidad de erradicar el antiguo modelo que concibe la vejez como un declive inevitable, marcado por la soledad, la dependencia y la discapacidad.

## **2. EL RETO DE SUPERAR EL EDADISMO: DEFINICIÓN NORMATIVA Y DATOS DEL ÁMBITO MUNICIPAL EN CATALUNYA**

Cambiar la mentalidad y las actitudes para una nueva visión del envejecimiento será el principal reto de Europa en los años venideros. La transformación de las actitudes sociales e institucionales hacia una visión positiva del envejecimiento repercutirá en un fortalecimiento de las personas mayores en tanto que ciudadanos, contribuyendo al desarrollo socioeconómico de la UE.

Trasladar estos nuevos planteamientos a la práctica exige varias acciones que incluyen: la coordinación de los profesionales que trabajan para diferentes áreas relacionadas con el

envejecimiento, la oferta de soluciones tecnológicas, programas de intervención para educar a niños, adolescentes, y adultos en la necesidad de acabar con la discriminación por razón de edad. Actividades como la organización de sesiones de aprendizaje mutuo entre técnicos de la administración en diferentes países, resulta de gran ayuda a la hora de compartir los retos y soluciones potenciales de carácter político generados por el cambio demográfico. Desarrollar este planteamiento exige implementar actividades innovadoras como uno de los pilares principales que pueden ayudar a convertir el reto que supone el envejecimiento de las sociedades europeas en una oportunidad para Europa y, por tanto, para sus ciudadanos. Un reto que se expresa, principalmente, en la superación del edadismo o discriminación por razón de edad.

### **2.1. El edadismo como (nueva) forma de discriminación**

La concepción del edadismo o discriminación por razón de edad bebe, principalmente, de los debates en materia de igualdad racial y de género. Así, se parte de la premisa de que no existen rasgos derivados de la edad que sean un a priori universal y absoluto de los individuos, así como no existen en el caso de la raza o el género. Es decir, si bien podemos determinar aspectos biológicos que, en promedio, puedan estar vinculados a la raza o el género, estos no afectan al conjunto de individuos que comparten un determinado género o raza. Siendo así, dar un trato desigual a un individuo en base a su género o raza estaría basado en una generalización injustificada -es decir, injusta.

Asimismo, incluso en el supuesto de que un individuo compartiera un determinado rasgo que estadísticamente estuviera vinculado a su género o raza, lo relevante sería determinar si un trato diferenciado basado en ese elemento estaría moralmente justificado. Es decir, si ese rasgo resulta relevante en un sentido moral. No en vano, discriminar a un individuo por razones moralmente arbitrarias es injusto y, por ende, rechazable.

En el caso de la raza y el género, tras siglos de discriminación injustificada, las sociedades están interiorizando que éstos son elementos moralmente arbitrarios y, por lo tanto, nunca justificarían un trato discriminatorio. Es por este motivo que se está trabajando por garantizar la equiparación salarial entre hombres y mujeres y evitar los abusos policiales sobre personas de origen afroamericano, por citar dos ejemplos en los que se trata de combatir la discriminación en base a dos elementos moralmente arbitrarios como el género o la raza, respectivamente, en diferentes países.

En el caso de la edad, el fenómeno del edadismo responde a una lógica similar: se trata de una discriminación de un individuo por motivo de su edad. Como se ha visto, la edad una circunstancia que no responde a patrones absolutos (dos personas de la misma edad pueden tener rasgos radicalmente distintos) y, además, moralmente arbitraria (nada justifica un trato desigual, salvo en el caso de las medidas de acción afirmativa, en base a la edad de un individuo). En este sentido, y de acuerdo con la OMS, el edadismo es el estereotipo, prejuicio y consiguiente discriminación hacia las personas en base a su edad. Una práctica que no sólo afecta negativamente a su salud y disminuye su capacidad de participar en la sociedad (resultando altamente ineficiente desde la óptica de la promoción del bien común), sino que vulnera un derecho fundamental como es el de la autonomía. Sin embargo, a diferencia de la discriminación por razón de género o raza, el nivel de concienciación social de este tipo de discriminación es aun relativamente bajo. Las decisiones públicas y privadas que pudieran responder a patrones propios del edadismo están aun ampliamente normalizadas: la infantilización de las personas mayores, las limitaciones a su consentimiento en decisiones sobre su vida o la desconsideración como activos para la comunidad, son sólo algunos ejemplos.

En ese sentido, dado el cambio demográfico que, como se ha visto en la primera sección, estamos viviendo en nuestras sociedades, resulta fundamental corregir estas dinámicas. Así, es el deber de las instituciones públicas, en tanto que representativas del conjunto de la sociedad, tomar las medidas necesarias para garantizar la autonomía de todas las personas. Así como se han avanzado consensos para corregir o paliar la pérdida de autonomía de las personas derivada del deterioro de capacidades cognitivas y funcionales por razones ajenas a la edad (e.g., pérdida de movilidad resultante de un accidente vial o una enfermedad degenerativa) mediante la actuación en ámbitos tan dispares como el urbanismo, el transporte público, la educación, la legislación laboral o el consumo, la pérdida de autonomía derivada de la edad está pendiente de ser considerada como una prioridad.

Éste es, precisamente, el objetivo que desde la Comisión Europea se ha planteado como reto transversal en el conjunto de la UE. Un reto que, si bien es compartido por el conjunto de los estados miembros, refleja particularidades locales y regionales. Es por ello por lo que, desde el proyecto CCentre (sección 3) nos hemos propuesto contribuir a darle respuesta mediante pruebas piloto que, partiendo de la mirada y cooperación europea, buscan transformar sistemas del ámbito sociosanitario locales y regionales. Es en este contexto donde se sitúa el



informe realizado por la Fundació Pi i Sunyer<sup>1</sup> sobre la situación de las personas mayores en entornos municipales en Catalunya que ha permitido al proyecto tener un diagnóstico más riguroso de la realidad sobre la que se pretende trabajar.

## **2.2. Evolución y tendencia de las políticas municipales en la gestión del envejecimiento**

En el contexto de la crisis económica de 2008, el cambio de presupuestos, prioridades y demandas sociales, forzó un cambio en las respuestas institucionales a la gestión pública del envejecimiento. Uno de los cambios que se aprecian en la estrategia seguida por los municipios en la gestión del envejecimiento, a raíz del estudio realizado junto con la Fundació Pi i Sunyer, es la disminución paulatina (años 2010 a 2016) de la ayuda a la dependencia en favor de la promoción de acciones en línea con el envejecimiento activo. En el caso de la atención a personas mayores en situación de dependencia, ésta pasó de representar un 76,3% de los principales objetivos de trabajo en materia de personas mayores a un 49,4%. Sin embargo, en el caso de la promoción de actuaciones para el envejecimiento activo y saludable, éstas pasaron de representar un 8,6% de los objetivos, a representar un 23,0% en el mismo intervalo de 6 años.

En lo que se refiere a estructuras y recursos que los municipios destinan a las personas mayores, se ha visto una disminución tanto de estructuras como de recursos motivada, en principio, por la crisis económica. Sin embargo, de acuerdo con los datos, esta disminución de los recursos destinados a servicios a personas mayores se ha ido recuperando poco a poco a partir de 2014. En este sentido, en lo referente al presupuesto destinado por los municipios a la gestión del envejecimiento, mientras que en 2014 el presupuesto tan solo había aumentado un 27,8%, en 2016 el aumento fue de un 50,6%.

Así, en lo referente al presupuesto en la gestión del envejecimiento en municipios de más de 10,000 habitantes, éste pasó de ser un 21,1% en 2010 a ser de un 3,4% en 2016. En lo que se refiere a estructura y trabajadores dedicados a este ámbito, la recuperación de los recortes motivados por la crisis resulta también paulatina. Así, mientras que en 2010 en el 100% de los

---

<sup>1</sup> Véase DÍAZ, L., Fundació Carles Pi i Sunyer d'estudis autonòmics i locals (2017). Evolución y tendencias de las políticas municipales hacia las personas mayores. Retos para un modelo de gestión del envejecimiento activo. Recuperado el 04/09/2018, de <https://pisunyer.org/public/files/panel/informe-politicas-personas-mayores-2016.pdf>.

municipios encuestados había trabajadores no administrativos dedicados al ámbito de las personas mayores, en 2016 esta cifra era de 89,7%. Se ve una leve recuperación desde 2014, año en el que, según los datos, el número de trabajadores dedicados a este ámbito fue el menor del periodo 2010-2016.

En lo que se refiere a actuaciones concretas llevadas a cabo por cada municipio en el ámbito de la gestión del envejecimiento, se puede apreciar una división relevante entre lo que llamamos “atención social” y “promoción social”. Esta división representa un mayor apoyo institucional a las actividades de atención social, frente a las actividades de promoción social.

Por un lado, las actividades de atención social, grosso modo, se centran en el apoyo a la mejora de las condiciones de vida. En este terreno, la tendencia en el intervalo comprendido entre los años 2010 y 2016 ha sido la del aumento de las actividades propias de cada municipio como acciones informativas y comedores para personas mayores, frente a un descenso de las actividades con colaboración intergubernamental como los centros de día y las residencias y hospitales geriátricos. Por otra parte, y a pesar de representar un porcentaje menor en lo que se refiere al grueso de actividades municipales, las actividades de promoción social han experimentado, grosso modo, un aumento relativo en el intervalo estudiado. Por ejemplo, actividades sociales y de relación con el entorno como los llamados huertos urbanos, han experimentado un aumento relevante, desde que en el 2010 un 23,1% de municipios realizaba este tipo de actividades, en el 2016 ya eran un 54,0% de municipios los que ponían en práctica estas actividades.

Finalmente, el apoyo y la financiación de las políticas y acciones públicas destinadas a la gestión del envejecimiento siguen caminos diferentes a nivel institucional. Mientras que la diputación conserva la financiación a este sector, la Generalitat la disminuye en un 11,4%. Por otro lado, el apoyo a este sector en lo que se refiere a formación sigue la tendencia inversa si comparamos la diputación y la Generalitat. En este sentido, mientras que la diputación disminuye la formación para este sector, la Generalitat la aumenta en un 14,6% de 2008 a 2016. Esta tendencia choca con el crecimiento desde 2008 a 2016 de la red de actores privados y asociaciones dedicadas a este sector. Así, la media de entidades y asociaciones de personas mayores por municipio ha pasado de ser un 3,7% en 2008 a ser un 4,6% en 2016.

En resumen y a modo de reflexión cabe decir que, las acciones llevadas a cabo por las administraciones públicas a diferentes niveles en Catalunya deben implementar políticas centradas en el envejecimiento activo y saludable. Asimismo, las administraciones deberán

llevar a cabo sus procesos de toma de decisiones teniendo en cuenta las acciones requeridas por el paradigma del envejecimiento activo y saludable. En este sentido, uno de los objetivos principales de la implementación política de la noción de envejecimiento activo y saludable es evaluar en mejor medida las necesidades y el potencial de las personas mayores en la sociedad europea. Para ello, debemos concebir respuestas políticas más adecuadas y efectivas para cada caso, reforzando así las tendencias positivas de las administraciones de los gobiernos europeos, con el objetivo de construir una sociedad europea con y de todas las edades. Un objetivo al que, desde el grupo GISME de la Universitat de Barcelona hemos tratado de contribuir, primero con el proyecto de Innovación Social SiforAGE (2013-2016)<sup>2</sup> financiado por la Comisión Europea y, desde 2016, en el proyecto CCentre: hacia un envejecimiento activo y bienestar centrados en la ciudadanía, financiado por el EIT Health (Instituto Europeo de Innovación y Tecnología).

### **3. TRANSFORMANDO LOS SISTEMAS DE SALUD MEDIANTE LA TÉCNICA DE LOS CUIDADOS NARRATIVOS: UN PASO MÁS HACIA LA SUPERACIÓN EFECTIVA DEL EDADISMO**

La nueva situación demográfica a la que se orientan los países desarrollados y las sociedades europeas en particular requiere, como hemos visto, de acciones concretas que sigan las pautas para transformar la situación en una oportunidad para el conjunto de la ciudadanía. El paradigma que se ha propuesto para ello es el del envejecimiento activo y saludable. Además, para la mejor gestión del envejecimiento, las políticas públicas deberán tener en cuenta el problema actual de edadismo, es decir, la discriminación por razón de edad, que impide la innovación y la creación de oportunidades, así como la mejor calidad de vida de las personas mayores, lo que repercute en la sociedad en general.

Por último, los datos proporcionados por el estudio realizado por la Fundació Pi i Sunyer revelan que, a pesar del impacto de la crisis en lo referente a recursos y estructura de la gestión de los servicios a personas mayores en municipios, en los últimos años se ha visto reflejado tanto el cambio de paradigma hacia un envejecimiento activo y saludable como la

---

<sup>2</sup> Véase URDANETA, E., ERRASTI, A., “Proyecto SiforAGE : Trabajando en la construcción de una Europa para todas las edades”, *Neurama: revista online de psicogerontología*, vol. 2, n. 1, 2015, pp. 31-45 para más detalles sobre el proyecto. ERRASTI, A. ET AL., “Resultados y Congreso Internacional del proyecto Europeo SiforAGE”, *Neurama: revista online de psicogerontología*, vol. 3, n. 1, 2016, pp. 37-47 para un resumen de las conclusiones.

complementariedad en lo referente a financiación y formación entre la diputación y la Generalitat en gestión del envejecimiento.

Es en este marco en el que se propone un proyecto novedoso, financiado por el EIT (en sus siglas en inglés, Instituto Europeo de Innovación y Tecnología) y coordinado desde la Universidad de Barcelona. La idea principal que reside en el centro de este proyecto es que los servicios sociosanitarios deben incorporar la atención centrada en el ciudadano para mejorar tanto el envejecimiento como el bienestar de los ciudadanos en general y de las personas mayores en particular. Para ello, el proyecto propone una formación para profesionales de toda la cadena de servicios sociosanitarios basada en narrativas.

Las narrativas son una herramienta pedagógica que nunca antes se había utilizado en formación de profesionales del ámbito sociosanitario. En este sentido, el proyecto conlleva no solo un fuerte elemento de innovación formativa mediante el cual los profesionales desarrollarán diferentes tipos de habilidades necesarias para mejorar su práctica profesional a través de las narrativas, sino que, además, el proyecto incluye un elemento innovador en lo que se refiere a pedagogía y aprendizaje en cascada.

En resumen, son esta suma de tres elementos esenciales, a saber: la mejora del envejecimiento a través de la mejora de la práctica profesional basada en narrativas, la adquisición de nuevas habilidades profesionales, y la innovación pedagógica, lo que hacen que, a pesar de lo arriesgado que supone plantear una nueva formación sin precedentes, éste sea uno de los proyectos mejor valorados por el EIT.

### **3.1. Qué son las narrativas y cómo se aplican en sistemas de salud**

En primer lugar, cabe clarificar qué se entiende por narrativa y cómo se ha conceptualizado de acuerdo con varios autores. Como primera aproximación, podemos conceptualizar una narrativa como una forma de discurso, un tipo de comunicación, que nos permite contextualizar y organizar nuestras experiencias vitales y nos da información sobre la percepción de nuestra propia vida e identidad.

En palabras de CLARK y ROSSITER: *“Narrative is also how we craft our sense of self, our identity [...] Understanding identity as a narrative construction is another way of*

*conceptualizing personal change*”<sup>3</sup>. Una narrativa es una historia, de acuerdo con BRUNER, “compuesta por una única secuencia de eventos, estados mentales, sucesos relacionados con seres humanos vistos como personajes y actores”<sup>4</sup>. En resumen, una narrativa es una historia que nos permite dar sentido a nuestras experiencias diarias a lo largo de la vida.

Estos elementos que definen las narrativas como historias de vida conllevan varios componentes relevantes para el aprendizaje y la enseñanza. En este sentido, el uso de las narrativas en el ámbito educativo se ha centrado en su poder para traducir contenidos conceptuales y complejos o más generales en experiencias con mayor nivel de concreción. En este sentido, las narrativas se suelen utilizar para dar sentido a sucesos que son entendidos como parte de la vida<sup>5</sup>.

Siendo así, en el caso concreto del ámbito sanitario, el objetivo del proyecto es explorar qué papel juegan las narrativas en la mejora de los servicios sociosanitarios en general y qué papel pueden jugar en la mejor gestión del envejecimiento a través de la cadena de profesionales sociosanitarios, en particular.

De cara a ilustrar este objetivo, cabe mencionar una ilustrativa cita de LACEULLE y BAARS:

*“Nowadays, individuals are living and aging in a very complex societal and cultural context. [...] Individuals are confronted with multiple options and possibilities that require constant choice; they are forced to continuously negotiate their own lifestyle, and thereby create and structure their self-identity. [...] Aging well has become a biographical task, searching and creating meaning in old age individually, without being able to rely on traditional framework”*s<sup>6</sup>.

Los servicios sociosanitarios dependen de una comunicación efectiva con aquellos que demandan ayuda y apoyo, y de acuerdo con VERMEIR, entre profesionales de la salud que, cada vez más, se encuentran operando en equipos multidisciplinares<sup>7</sup>. Situar las narrativas en el centro de las prácticas sanitarias significa que su uso a través de las múltiples disciplinas de

<sup>3</sup> CLARK, M. C., ROSSITER, M., “Narrative learning in adulthood”, *New Directions for Adult & Continuing Education*, vol. 2008, n. 119, 2008, pp. 61-70.

<sup>4</sup> BRUNER, J., *Acts of Meaning*, Harvard, Harvard University Press, 1990.

<sup>5</sup> *Ibid.*

<sup>6</sup> LACEULLE, H., BAARS, J., “Self-realization and cultural narratives about later life”, *Journal of Aging Studies*, vol. 31, 2014, pp. 34-44.

<sup>7</sup> VERMEIR, P. ET AL., “Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations”, *International Journal of Clinical Practice*, vol. 60, num. 11, 2015, pp.1257-1267.

los profesionales de la salud terminará resultando familiar, por lo que hará del aprendizaje a través de narrativas una perspectiva efectiva<sup>8</sup>.

Actualmente existen varias universidades e institutos de investigación que están desarrollando diferentes programas con los que mejorar los servicios de cuidados de personas mayores. En concreto, el *Leyden Academy on Vitality and Ageing*, miembro del proyecto Ccentre, recientemente ha desarrollado una herramienta llamada doodle methodology, que ayuda a las personas mayores a trazar y contar su narrativa de vida a personas con las que no tiene un trato personal. Esta iniciativa y experiencia piloto tiene diversos usos tanto personales como profesionales, y en concreto en el campo de los servicios sociosanitarios<sup>9</sup>.

Como hemos visto, lo esencial, en este sentido, es que los servicios sociosanitarios deberán mejorar teniendo en cuenta el trato que los profesionales deben dar a las personas, y en concreto, en cómo poner en práctica la atención centrada en la persona. En este sentido, en la literatura sobre el uso de narrativas como herramienta de aprendizaje y comunicación en entornos sanitarios hay varias definiciones de cómo debe ser un cuidado centrado en la persona, a diferencia del trato a quien llamamos “paciente”. Una de las más aceptadas por la literatura es la de WILBERFORCE ET AL.<sup>10</sup>. Estos autores realizan una síntesis de la literatura a través de diversos escenarios que incluyen: cuidado médico, enfermería, cuidado de la demencia, trabajo social y rehabilitación.

A través de estas disciplinas, los autores identifican doce atributos y habilidades que un cuidado centrado en la persona debe poner en práctica, y los agrupan en tres titulares:

- (1) Entender a la persona: entiende la experiencia personal de la enfermedad/discapacidad; conoce las distintas dimensiones de apoyo requeridas a lo largo de la vida; entiende los valores y las preferencias de la persona en el cuidado; entiende qué es importante para la identidad y el bienestar de la persona.
- (2) Participación en la toma de decisiones. La persona participa en los procesos de toma de decisiones. Los deseos de la persona son la guía en las decisiones y los planes de cuidado. Los

<sup>8</sup> DEWEY, J., *How We Think*, Revised ed., Chicago, Dover Publications, 1997.

<sup>9</sup> El video está disponible en la siguiente dirección: <https://www.youtube.com/watch?v=scMIKXpNfks>

<sup>10</sup> WILBERFORCE M. ET AL., “Person-centredness in the care of older adults: a systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties”, *BMC Geriatrics*, vol. 16, n. 1, 2016, p. 63.

servicios de cuidado serán flexibles y hechos a medida de las preferencias individuales. La información y las distintas opciones son compartidas en un formato claro.

(3) Promocionar la relación de cuidados. Las interacciones deben ser afables, cuidadosas, y respetuosas. Las relaciones deben tener cierta continuidad y coordinación. La actitud hacia las habilidades y los roles de la persona debe ser positiva. Debe haber cierta reciprocidad en las relaciones de cuidados.

Como acercamiento natural a esta perspectiva y en lo referente a la práctica, un ejemplo de narrativas relacionadas con el ámbito sociosanitario son las historias de los pacientes, contadas por los propios protagonistas. Actualmente existen varias páginas webs en las que las personas relatan sus experiencias como pacientes de servicios sanitarios, pero siempre desde el punto de vista personal<sup>11</sup>. Es esta diferencia entre el paciente y la persona una de las claves en las que se basa el cambio de concepto propuesto. Las narrativas y la formación en narrativas permitirán así obtener información no sólo del paciente sino también del individuo, lo que por un lado dará lugar a un mejor conocimiento tanto del contexto como del paciente y por lo tanto una mejor toma de decisiones, repercutiendo así en la mejora del servicio.

Una vez más, los socios del proyecto de la *Leyden Academy on Vitality and Ageing* realizaron una experiencia piloto a este respecto. En ella se realizaba un experimento en el que una persona de más de 80 años evaluaba su vida, escogiendo preferencias y deseos, así como evaluando su bienestar, entendido en sentido amplio<sup>12</sup>.

### **3.2. Las actividades de CCentre: hacia un envejecimiento activo y bienestar centrado en la ciudadanía**

En este marco teórico se sitúa el proyecto europeo Ccentre. El proyecto comenzó en el año 2016 y desde entonces se ha ido transformando. En una primera fase, el proyecto “Ccentre: hacia un envejecimiento activo y bienestar centrado en la ciudadanía” tenía como objetivo principal hacer llegar al ámbito concreto del cuidado de las personas mayores el conocimiento acumulado y los avances realizados en proyectos educativos y de investigación en los últimos años. Esta propuesta educativa se centraba en el conocimiento basado en evidencia y lo

---

<sup>11</sup> Las páginas webs pueden ser consultadas en las siguientes direcciones: PATIENT’S VOICE. (2018). Homepage. Recuperado el 07/09/2018, de <https://www.patientvoices.org.uk/>; HEALTHTALK. (2018). Homepage. Recuperado el 07/09/2018, de <http://www.healthtalk.org/home>.

<sup>12</sup> El video se puede ver en la siguiente dirección: [https://www.youtube.com/watch?v=c-I5Na4Gr\\_8](https://www.youtube.com/watch?v=c-I5Na4Gr_8).

conjugaba tanto con una óptica multidisciplinar como con una innovación pedagógica que permitiera llegar a todos los agentes implicados en el cuidado de las personas mayores.

En 2018 se da comienzo a la segunda fase del proyecto. A partir de este año, el proyecto se centra en desarrollar la perspectiva narrativa para mejorar el envejecimiento y el bienestar de las personas mayores. El objetivo del proyecto es el de desarrollar un producto educativo que, a través de narrativas, ayude a los profesionales a identificar las necesidades de las personas mayores más allá de su historia médica. Es decir, la formación a profesionales sociosanitarios se centra así en el desarrollo de habilidades que permitan entender los deseos y necesidades de las personas mayores a través de sus historias de vida. Como consecuencia, los servicios sociosanitarios aumentarán su eficiencia, dando un mejor servicio con el uso de los recursos necesarios. Para ello, el proyecto cuenta con siete socios de toda Europa: la Universidad de Barcelona, coordinadores del proyecto, la Universidad de Newcastle, la Universidad de Leyden, la Universidad de Erasmo de Rotterdam, la aseguradora Achmea, la Universidad de Copenhague, y la asociación francesa de personas mayores E-Senior.

Como se ha mencionado, la principal característica de esta segunda fase del proyecto es que las actividades desarrolladas en Ccentre ofrecen un formato educativo basado en narrativas. Así, una de las principales novedades ofrecidas por Ccentre es que las actividades formativas propuestas, se basan, principalmente, en las historias personales de las personas mayores. Los programas educativos y las actividades de formación realizadas tienen como objetivo situar los deseos y las necesidades de las personas mayores en el centro de los servicios sanitarios. Para ello, los programas de formación realizados por Ccentre adoptan una perspectiva basada en historias de vida que permite que los profesionales sanitarios puedan entender mejor los diferentes perfiles de las personas mayores.

En este sentido, uno de los resultados más relevantes de esta formación altamente innovadora es que los profesionales adquieren las capacidades necesarias para tomar decisiones que mejoren tanto el funcionamiento como la eficiencia tanto de su entorno de trabajo, ya sea público o privado, como del sistema sanitario.

### *3.2.1. Un ejemplo de implementación de cuidados narrativos en entornos sociosanitarios*

La mejora de la atención sanitaria en general y, en particular para las personas mayores, pasa por poner en el centro de la misma a la persona atendida. Para ello, el uso de narrativas se presenta como una herramienta imprescindible que permite adaptar la prestación de servicios



sanitarios y de cuidado a la propia experiencia vital de las personas mayores. Consiguiendo así una atención más personalizada y respetuosa con la persona destinataria del cuidado.

En concreto, el proyecto Ccentre desarrolla su formación a profesionales mediante diferentes actividades. Como se ha señalado antes, algunas de estas actividades se vienen realizando desde el año 2017, mientras que otras comenzarán en el 2019.

Consciente de la importancia de los cuidados narrativos en la forma de prestar atención socio sanitaria, el proyecto Ccentre ha articulado la formación mediante diferentes actividades, a saber: cursos Ccentre en cuatro universidades diferentes, academias de verano e invierno, y seminarios de formación en cascada. Estas actividades son dirigidas a profesionales de varias disciplinas. Profesionales del ámbito de la medicina, enfermería, psicología, derecho, trabajo social, pedagogía social o educación social, que se ocupan de diferentes áreas dentro de los servicios sociosanitarios integrados.

En primer lugar, los cursos Ccentre del 2018 serán impartidos por el Doctor en Psicología Feliciano Villar, Profesor titular de la Universidad de Barcelona en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología. Como se mencionaba, el objetivo de la formación es facilitar a todos aquellos profesionales que están en contacto con el cuidado o atención de las personas mayores obtener las herramientas necesarias para captar las narrativas de las personas mayores, entender la importancia de las mismas a la hora de llevar a cabo sus actividades profesionales y saber adaptar la historia vital de las personas cuidadas en los servicios que prestan.

Las llamadas academias internacionales tienen como objetivo principal la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos mediante talleres en los que los profesionales puedan reflexionar y poner en común casos complejos y recibir comentarios de cómo afrontarlos. Además, el componente internacional y de *networking* hace de las academias internacionales el espacio perfecto para compartir nuevos proyectos e innovar. En el caso concreto de la Academia de Invierno, organizada por el proyecto Ccentre, se replicó el formato exitoso de la Academia de Verano celebrada en julio de 2017 en el Palau Macaya a la que asistieron más de 110 profesionales del ámbito de los cuidados de personas mayores y que versó sobre la autonomía de las personas mayores.

En noviembre de 2018, los días 29, 29 y 30, se celebrará en el CosmoCaixa de Barcelona una Academia de Invierno sobre envejecimiento y palabra. De nuevo, el proyecto Ccentre

organizará una actividad innovadora piloto, que se concreta en un encuentro al que asistirán sus socios, así como actores nacionales e internacionales relacionados con los servicios a las personas mayores. Uno de los objetivos de dicho encuentro será el de permitir la reflexión sobre la importancia de la palabra de las personas mayores en la mejora de la gestión y prestación socio sanitaria. La narrativa será el eje de la Academia sobre el que girarán las ponencias y talleres prácticos.

Finalmente, el proyecto Ccentre continuará en 2019 en el que se desarrollarán dos actividades de formación que pretenden ampliar tanto el público de la formación como la estructura de la misma. Así, las actividades *Narrative Training Experiencie Day* y el Programa de *Cities Engagement*, que se realizará junto con el Ayuntamiento de Estocolmo, tendrán como objetivo ampliar el número de personas que pueden beneficiarse de esta formación, así como la ampliación de la estructura formativa, contando con la complicidad del sector público. Por otro lado, el así llamado *Narrative Training Experience Day* tendrá como objetivo principal la puesta en común del uso de la formación en narrativas por parte de los profesionales previamente formados. Además, se lanzará un *toolkit* sobre el uso de narrativas con fines formativos en entornos sociosanitarios.

### 3.2.2 *Formación en cascada y mejora de la eficiencia para profesionales de la salud*

Por último, la última fase del proyecto pretende usar metodología pedagógica para incrementar de forma exponencial en número de personas formadas en narrativas. Para ello, se recurre a la técnica conocida como formación en cascada. Esta formación permite a las personas que ya han recibido el entrenamiento poder reproducir en sus centros de trabajo la información recibida. Para ello, el proyecto Ccentre junto con el ICE (Instituto de Ciencias de la Educación) de la Universidad de Barcelona organiza un seminario en cuatro sesiones para formar a los profesionales que estén interesados en replicar la educación e información adquirida en sus centros de trabajo.

Si bien esta formación ya se impartió en el año 2017, en el presente curso, y gracias a la implicación del ICE de la Universidad de Barcelona, esta actividad correrá a cargo de dos reconocidas expertas en el campo: la psicopedagoga Berta Roca, Técnica de calidad de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona y la Dra. Núria Serrat Antolí, Profesora Titular de la Universidad de Barcelona del Departamento de Didáctica y Organización Educativa de la Facultad de Educación.

Cabe resaltar que la formación previa y el impacto que la misma tiene en la mejora de la prestación de servicios sanitarios no se entiende, sin embargo, sin las herramientas sobre formación en cascada adquiridas por parte de los profesionales que han participado en el proyecto. Sin lugar a dudas, estas herramientas han permitido a los profesionales que han asistido a esta formación adquirir las capacidades necesarias para ser poder transmitir el conocimiento adquirido sobre cuidados narrativos a sus pares.

Como se ha visto, la formación en cascada o entre pares del proyecto Ccentre busca multiplicar el impacto de su formación maximizando el número de profesionales que puedan acceder a la misma. La idea de dicha formación radica en facilitar a profesionales que prestan cuidados a personas mayores las herramientas necesarias para ser capaces de transmitir el conocimiento aprendido. Principalmente, y en consonancia con la formación impartida sobre cuidados narrativos, la formación en cascada busca que los profesionales sean capaces de identificar los elementos necesarios para diseñar una formación basada en metodología narrativa y adquirir y desarrollar de manera práctica las habilidades que permitan aplicar dicha metodología.

Finalmente, y a modo de corolario, cabe añadir que tanto para el equipo de Ccentre como para los profesionales formados estas actividades tan innovadoras como ambiciosas resultan en un aprendizaje mutuo que, de otro modo, difícilmente tiene lugar en la formación reglada que se oferta habitualmente. Con la idea de reflejar este aprendizaje mutuo, al final de cada año se realiza una reunión en la que los profesionales que así lo deseen comparten sus impresiones. Algunas de estas impresiones han quedado reflejadas en documentos gráficos que, con su consentimiento, pueden ser compartidas con el colectivo de profesionales del sector sociosanitario<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Ejemplo de historias de éxito sobre la formación de Ccentre en 2017: <https://www.youtube.com/watch?v=IVryhAYNSIk> <https://www.youtube.com/watch?v=51Y3zVNfaKI>.

## REFERENCIAS

- BRUNER, J., *Acts of Meaning*, Harvard, Harvard University Press, 1990.
- CLARK, M.C., ROSSITER, M., “Narrative learning in adulthood”, *New Directions for Adult & Continuing Education*, vol. 2008, n. 119, 2008, pp. 61-70.
- DEWEY, J., *How We Think*, Revised ed., Chicago, Dover Publications, 1997.
- DÍAZ, L., Fundació Carles Pi i Sunyer d’estudis autonòmics i locals (2017). Evolución y tendencias de las políticas municipales hacia las personas mayores. Retos para un modelo de gestión del envejecimiento activo. Recuperado el 04/09/2018, de <https://pisunyer.org/public/files/panel/informe-politicas-personas-mayores-2016.pdf>.
- ERRASTI, A. ET AL., “Resultados y Congreso Internacional del proyecto Europeo SIforAGE”, *Neurama: revista online de psicogerontología*, vol. 3, n. 1, 2016, pp. 37-47
- EUROSTAT. (2018). Population statistics. Recuperado el 04/09/2018, de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/overview>.
- EUROPOP. (2018). Population projections. Recuperado el 06/09/2018, de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-data>.
- HEALTHTALK. (2018). Homepage. Recuperado el 07/09/2018, de <http://www.healthtalk.org/home>
- LACEULLE, H., BAARS, J., “Self-realization and cultural narratives about later life”, *Journal of Aging Studies*, vol. 31, 2014, pp.34–44.
- NACIONES UNIDAS, Economic and Social Affairs. (2008). World Population Prospects, The 2008 Revision. Recuperado el 04/09/2018, de [http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008\\_highlights.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf).
- PATIENT’S VOICE. (2018). Homepage. Recuperado el 07/09/2018, de <https://www.patientvoices.org.uk/>
- URDANETA, E., ERRASTI, A., “Proyecto SiforAGE : Trabajando en la construcción de una Europa para todas las edades”, *Neurama: revista online de psicogerontología*, vol. 2, n. 1, 2015, pp. 31-45
- VERMEIR, P. ET AL., “Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations”, *International Journal of Clinical Practice*, vol. 60, num. 11, 2015, pp.1257–1267.
- WILBERFORCE M. ET AL., “Person-centredness in the care of older adults: a systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties”, *BMC Geriatrics*, vol. 16, n. 1, 2016, p. 63.